Irvin D. Yalom

El don de la terapia

Traducción de Jorge Salvetti

emecé

Yalom, Irving
El don de la terapia.- 6ª ed. – Buenos Aires : Emecé Editores, 2007.
288 p. ; 22x14 cm.

ISBN 978-950-04-2374-8

1. Autoayuda 2. Superación Personal I. Título
CDD 158.1

Emecé Editores S.A.
Independencia 1668, C 1100 ABQ, Buenos Aires, Argentina
www.editorialplaneta.com.ar

Título original: *The Gift of Therapy*
An open letter to a new generation
of therapists and their patients

© *2002, Irvin D. Yalom*
© *2002, Emecé Editores*

Diseño de cubierta: *Mario Blanco*
6ª edición: febrero de 2007
Impreso en Printing Books,
Mario Bravo 835, Avellaneda,
en el mes de febrero de 2007.
Reservados todos los derechos. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del "Copyright", bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático.

IMPRESO EN LA ARGENTINA / PRINTED IN ARGENTINA
Queda hecho el depósito que previene la ley 11.723
ISBN: 978- 950-04-2374-8

A Marilyn,
un alma afín por más de cincuenta años,
...y la cuenta aún sigue.

Introducción

Está oscuro. Llego a su consultorio pero no lo puedo encontrar. Su consultorio está vacío. Entro y miro alrededor. Lo único que hay es su sombrero panamá. Y está cubierto de telarañas.

Los sueños de mis pacientes han cambiado. Las telarañas cubren mi sombrero. Mi consultorio está oscuro y desierto. No me encuentran por ningún lado.

Mis pacientes se preocupan por mi salud: ¿Estaré todavía aquí lo suficiente como para el largo tiempo que supone una terapia? Cuando parto de vacaciones temen que jamás vuelva. Se imaginan que asisten a mi funeral o que visitan mi tumba.

Mis pacientes no me dejan olvidar que envejezco. Pero sólo cumplen con su trabajo: ¿No les he pedido que demuestren sus sentimientos, sus pensamientos y sus sueños? Incluso los pacientes potenciales se unen al coro y, de manera infalible, me saludan con la pregunta: "¿*Todavía* acepta pacientes?"

Uno de nuestros principales modos de negar la muerte es la creencia en la condición especial de la propia persona, la convicción de que estamos exentos de la necesidad biológica y de que la vida no nos tratará con la misma dureza con que trata a los demás. Recuerdo una visita que hice a un optometrista, hace muchos años, debido a una disminución de la visión. Me preguntó mi edad y luego respondió: "¿Cuarenta y ocho, eh? Sí, ¡va justo con el cronograma!"

Por supuesto, conscientemente, sabía que tenía razón pero desde el fondo de mí se alzó un grito: "¿Qué cronograma? ¿Quién se maneja por cronogramas? Me parece muy bien que usted y los demás sigan un cronograma, pero yo, por supuesto que no".

Y por eso intimida darse cuenta de que estoy entrando en un período tardío y bien definido de la vida. Mis metas, intereses y ambiciones están cambiando de una manera predecible. Erik Erikson, en su estudio sobre el ciclo de la vida, designó esta etapa tardía de la vida como *generatividad*, una era posnarcisista en la que la atención pasa de la expansión de sí mismo al cuidado y preocupación por las generaciones siguientes.

Ahora, al llegar a los setenta, puedo apreciar la claridad de su visión. Su concepto de la generatividad me agrada. Quiero pasar a los otros lo que he aprendido. Y cuanto antes.

Pero ofrecer consejo e inspiración a la siguiente generación de psicoterapeutas es excesivamente problemático hoy en día por la gran crisis en la que se encuentra nuestra profesión. Un sistema de salud manejado según razones económicas impone una modificación radical de los tratamientos psicológicos y la psicoterapia ahora está obligada a modernizarse —es decir, a ser, ante todo, *económica* y por ende necesariamente breve, superficial e insustancial—.

Me preocupa dónde podrá formarse la siguiente generación de psicoterapeutas. No en los programas de formación de las residencias en psiquiatría. La psiquiatría está muy cerca de abandonar el campo de la psicoterapia. Los jóvenes psiquiatras están obligados a especializarse en psicofarmacología porque quienes pagan por los tratamientos ahora reembolsan los gastos de una psicoterapia sólo si la brindan practicantes que exijan por su trabajo remuneraciones bajas (es decir aquellos que tienen menos formación). Parece un hecho cierto que la presente generación de psiquiatras clínicos, especializados tanto en psicoterapia di-

námica como en tratamiento farmacológico, es una especie en peligro de extinción.

¿Y qué se puede decir de los programas de formación en psicología clínica, la elección lógica para llenar esa brecha? Desgraciadamente, los psicólogos clínicos enfrentan las mismas presiones de mercado y la mayoría de las escuelas de psicología que otorgan doctorados están respondiendo a esas presiones enseñando una terapia orientada al síntoma, breve y, por ello mismo, reembolsable.

De modo tal que me preocupo por la psicoterapia: cómo puede deformarse por presiones económicas y empobrecerse con programas de formación abreviados de manera radical. No obstante, tengo fe de que en el futuro una generación de terapeutas provenientes de una variedad de disciplinas educacionales (psicólogos, *counselors*, trabajadores sociales, consejeros pastorales, filósofos clínicos) continuarán consagrándose a una rigurosa formación de posgrado e, incluso, en medio de la fiebre de la medicina prepaga, encontrarán pacientes deseosos de un crecimiento y un cambio profundos y dispuestos a realizar un compromiso de final abierto con la terapia. Es para estos terapeutas y para estos pacientes que escribo *El don de la terapia*.

A lo largo de estas páginas prevengo a los estudiantes en contra del sectarismo y les aconsejo un pluralismo terapéutico en el que se extraen intervenciones eficaces de varios enfoques de terapia diferentes. Sin embargo personalmente trabajo, en su mayor parte, desde un marco de referencia interpersonal y existencial. De allí que la mayoría de los consejos siguientes provengan de una u otra de estas perspectivas.

Desde que entré por primera vez en el campo de la psiquiatría, siempre tuve dos intereses constantes: la terapia

de grupo y la terapia existencial. Estos intereses son paralelos pero independientesm, no practico "terapia grupal existencial"; de hecho, no sé qué podría ser tal cosa. Las dos modalidades son diferentes, no sólo a causa del formato (es decir, un grupo de aproximadamente seis a nueve miembros frente a la situación de uno a uno para la terapia existencial), sino de su *marco de referencia* fundamental. Cuando veo pacientes en la terapia grupal trabajo desde un marco de referencia interpersonal y parto de la suposición de que los pacientes caen en la desesperación debido a su incapacidad para desarrollar y mantener relaciones interpersonales gratificantes.

Sin embargo, cuando opero desde un marco existencial de referencia, parto de una suposición muy distinta: los pacientes caen en la desesperación como resultado de una confrontación con los hechos crueles de la condición humana, las condiciones o "datos" de la existencia. Dado que muchas de las propuestas de este libro surgen de un marco existencial que quizá desconozcan muchos lectores, corresponde una breve introducción.

Definición de psicoterapia existencial: *La psicoterapia existencial es un enfoque terapéutico dinámico que se centra en problemáticas que tienen sus raíces en la existencia.*

Permítanme ampliar esta concisa definición clarificando el término "enfoque dinámico". El término d*inámico* tiene tanto un sentido vulgar como un sentido técnico. El sentido más prosaico de *dinámico* (derivado del verbo griego *dynasthai*, tener fuerza o poder) y que implica la posesión de energía o vitalidad (por ejemplo cuando en inglés decimos un *dynamo*, un corredor enérgico de fútbol o un potente orador político) obviamente no resulta relevante para esta definición. Pero si ése fuese el sentido aplicado a nuestra profesión, entonces, ¿qué terapeuta afirmaría no ser dinámico?, o en otras palabras, ¿quién afirmaría ser un terapeuta perezoso o inerte?

No, yo utilizo el término "dinámico" en su sentido *técnico*, que retiene la idea de fuerza pero enraizado en el modelo del funcionamiento mental propuesto por Freud, que postula que *fuerzas* en conflicto en el interior del individuo generan sus pensamientos, sus emociones y su comportamiento. Además —y éste es un punto crucial— *estas fuerzas en conflicto existen en distintos niveles de conciencia; de hecho algunas son completamente inconscientes*.

De modo que la psicoterapia existencial es una terapia dinámica que, como las distintas terapias psicoanalíticas, parte del supuesto de que las fuerzas inconscientes influyen en el funcionamiento consciente. Sin embargo, se aparta de las distintas ideologías psicoanalíticas cuando formulamos la siguiente pregunta: ¿cuál es la naturaleza de las fuerzas internas en conflicto?

El enfoque de la psicoterapia existencial postula que el conflicto interior que nos atormenta surge no sólo de nuestra lucha con fuerzas instintivas reprimidas o con figuras adultas significativas que tenemos internalizadas o con fragmentos de recuerdos traumáticos, sino también *de nuestra confrontación con los hechos de la existencia*.

¿Y cuáles son estos hechos de la existencia? Si nos permitimos dejar a un lado o poner entre paréntesis las preocupaciones cotidianas de la vida y reflexionar profundamente sobre nuestra situación en el mundo, llegamos inevitablemente a las estructuras más fundamentales de la existencia (a las cuestiones o "preocupaciones últimas", para utilizar los términos del teólogo Paul Tillich). Cuatro cuestiones últimas, a mi parecer, son especialmente relevantes para la psicoterapia: la muerte, el aislamiento, el sentido de la vida y la libertad. (Cada una de estas cuestiones últimas será definida y discutida en una sección especial.)

A menudo los estudiantes me han preguntado por qué no abogo por programas de formación en psicoterapia existencial. La razón es que *nunca he considerado a la psicote-*

rapia existencial como una escuela ideológica separada e independiente. En vez de intentar desarrollar una formación curricular en psicoterapia existencial, prefiero complementar la educación de todos los terapeutas dinámicos con una buena formación, incrementando su *sensibilidad para los temas existenciales.*

Proceso y contenido. ¿Cómo es en la práctica la terapia existencial? Para responder a esa pregunta se debe tener en cuenta tanto el "contenido" como el "proceso", los dos aspectos fundamentales del discurso terapéutico. El "contenido" es lo que el término mismo indica: las palabras exactas que se dicen, los temas sustanciales que se tocan. El "proceso" se refiere a una dimensión enteramente distinta y de una importancia enorme: la relación interpersonal entre el paciente y el terapeuta.

Cuando preguntamos por el "proceso" de una interacción, lo que queremos decir es: ¿Qué nos dicen las palabras (y también el comportamiento no verbal) sobre la naturaleza de la relación entre las partes involucradas en la interacción?

Si alguien observara mis sesiones de terapia, quizá buscaría en vano largas discusiones explícitas sobre la muerte, la libertad, el significado de la vida o el aislamiento existencial. Tal *contenido* existencial quizá sólo sea importante para algunos pacientes (no para todos) en determinada etapa de la terapia (no en todas). De hecho, un terapeuta eficiente no debería nunca forzar la discusión de ninguna de las áreas del contenido: *No es la teoría la que debe guiar la terapia, sino la relación.*

Pero si se observan las mismas sesiones en busca de algún proceso característico derivado de una orientación existencial, entonces la historia será completamente distinta. Una sensibilidad exacerbada por los temas existenciales

influencia profundamente en la naturaleza de la relación entre el terapeuta y el paciente y afecta cada una de las sesiones de terapia.

Yo mismo me sorprendo de la forma peculiar que ha tomado este libro. Nunca pensé que alguna vez escribiría un libro que contuviese una serie de consejos para terapeutas. Sin embargo, al mirar atrás, reconozco el momento preciso de su concepción. Hace dos años, después de visitar los jardines japoneses Huntington, en Pasadena, vi que en la biblioteca había una exhibición sobre los libros del Renacimiento más vendidos en Gran Bretaña y me di una vuelta. Tres de los diez volúmenes exhibidos eran libros listados bajo el rótulo de "consejos": sobre cría de animales, costura y jardinería. Me sorprendió que incluso entonces, cientos de años antes, justo después de la invención de la imprenta, una lista de consejos atrajese la atención de las multitudes.

Hace años traté a una escritora que, tras haber fracasado en la escritura de dos libros consecutivos, decidió no volver a emprender ningún otro hasta que no apareciese una idea de un libro que realmente "le mordiese el trasero". Me reí del comentario pero no comprendí realmente a lo que ella se refería hasta ese momento en la Biblioteca Huntington cuando la idea de escribir un libro de consejos "me mordió el trasero". De inmediato, decidí postergar otros proyectos literarios, comenzar a revisar mis notas clínicas y escribir una carta abierta a los terapeutas principiantes.

El fantasma de Rainer Maria Rilke estuvo rondando durante la escritura de este libro. Poco antes de mi experiencia de la Biblioteca Huntington, había releído su *Cartas a un joven poeta* y conscientemente había intentado elevarme a su estándar de honestidad, amplitud y generosidad de espíritu.

Los consejos de este libro fueron extraídos de notas de cuarenta y cinco años de práctica. Es una *mélange* idiosincrá-

sica de ideas y técnicas que me resultaron útiles en el ejercicio de mi profesión. Estas ideas son tan personales, tan empecinadamente subjetivas y en ocasiones tan originales que es improbable que el lector las encuentre en otra parte. Por eso, este libro no intenta ser un manual sistemático; pretendo, por el contrario, que sirva como un suplemento a un programa de formación abarcativo. Seleccioné las ochenta y cinco categorías que contiene este volumen al azar, guiado más por la pasión que siento por mi trabajo que por cualquier orden o sistema en particular. Comencé con una lista de más de doscientos consejos y finalmente descarté todos aquellos que no me entusiasmaban demasiado.

Otro factor más influyó en mi selección de estos ochenta y cinco puntos. Mis novelas y cuentos recientes contienen descripciones de procedimientos terapéuticos que me han resultado útiles en el trabajo clínico pero, dado que mi ficción tiene un tono cómico y a menudo burlesco, no queda claro para muchos lectores si hablo en serio acerca de los procedimientos terapéuticos que allí describo. *El don de la terapia* me ofrece la oportunidad de poner las cosas en claro.

Como se trata de una colección básica de intervenciones o afirmaciones favoritas, este libro es largo en técnica y corto en teoría. A los lectores que busquen más fundamento teórico tal vez les agrade leer mis textos *Psicoterapia existencial* y *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*, los libros madre de este trabajo.

Habiéndome formado en medicina y psiquiatría, me he habituado al término *paciente* (del latín *patiens*: el que sufre o soporta) pero lo utilizo como sinónimo de *cliente**, la

* En inglés se denomina con la plabra *client* a quien contrata los servicios de las profesiones liberales, las agencias de atención médica y las oficinas del gobierno, a diferencia de quien realiza la compra de algún bien que se designa con el término de *customer*. (*N. del T.*)

apelación común de la tradición psicológica y de *counseling*. Para algunos el término paciente sugiere una postura terapéutica autoritaria, descomprometida, desinteresada y altiva. Pero sigan leyendo: mi propósito es alentar todo el tiempo una relación terapéutica basada en el compromiso, la apertura y la igualdad.

Muchos libros, el mío incluido, consisten en un número limitado de puntos fundamentales y luego bastante relleno que conecta los puntos de una manera elegante. Como he seleccionado un gran número de sugerencias, muchas independientes, y he agregado poco relleno y transiciones, la lectura del texto resultará necesariamente episódica y algo entrecortada.

Aunque escogí esta selección al azar, y espero que los lectores caten estas propuestas de una manera asistemática, he tratado *a posteriori* de agruparlas de un modo que favorezca su lectura.

La primera sección (1-40) está dedicada a la naturaleza de la relación terapeuta-paciente, con un énfasis particular en el "aquí y ahora", el uso que hace de sí mismo el terapeuta y la apertura* del terapeuta.

La siguiente sección (41-51) pasa del proceso al *contenido* y sugiere métodos para explorar las cuestiones últimas de la muerte, el significado de la vida y la libertad (incluyendo la responsabilidad y la decisión).

La tercera sección (52-76) aborda una variedad de temas que surgen durante la conducción cotidiana de una terapia.

En la cuarta sección (77-83) abordo la utilización de los sueños en la terapia.

* La palabra en inglés es *disclosure*, de difícil traducción. En inglés expresa el acto de revelar algo y el contenido de dicha revelación, de exponerlo, de hacerlo público. El verbo del cual proviene este *nomen actionis* es *disclose* (des-cerrar) y designa la acción de hacer saber, descubrir, revelar. (*N. del T.*)

La sección final (84-85) discute los obstáculos y los privilegios de ser un terapeuta.

El texto está salpicado con muchas de mis frases e intervenciones favoritas. Al mismo tiempo trato de alentar la espontaneidad y la creatividad. Por lo tanto no considere mis intervenciones idiosincrásicas como la receta de un procedimiento específico; *representan mi propio estilo y mi propia voz*. Muchos estudiantes encontrarán que otras posturas teóricas y otros estilos técnicos son más compatibles con ellos. Los consejos de este libro derivan de mi práctica clínica con pacientes de funcionamiento alto o moderado (más que con aquellos que son psicóticos o marcadamente discapacitados) en reuniones de una vez, o menos comúnmente, dos o tres veces por semana durante unos meses o hasta dos o tres años. Mis metas terapéuticas con estos pacientes son ambiciosas: además de la desaparición del síntoma y el alivio del dolor, intento facilitar el crecimiento personal y un cambio básico de carácter. Sé que muchos de los lectores pueden tener una situación clínica diferente, un distinto entorno con una población de pacientes diferente y una duración más breve de las terapias. Sin embargo, espero que los lectores encuentren sus propias formas creativas de adaptar y aplicar lo que he aprendido a su particular situación de trabajo.

Agradecimientos

Muchos me han asistido en la escritura de este libro. Primero, como siempre, estoy enteramente en deuda con mi esposa, Marilyn, mi primera y más minuciosa lectora. Varios colegas leyeron y criticaron expertamente todo el manuscrito: Murray Bilmes, Peter Rosenbaum, David Spiegel, Ruthellen Josselson y Saul Spiro. Muchos colegas y estudiantes criticaron partes del mismo: Neil Brast, Rick Van Rheenen, Martel Bryant, Ivan Gandzel, Randy Weingarten, Ines Roe, Evelyn Beck, Susan Goldberg, Tracy Larue Yalom y Scott Haigley. Algunos miembros de mi grupo de apoyo profesional me brindaron su tiempo para discutir secciones de este libro. Varios de mis pacientes me permitieron incluir incidentes y sueños de sus terapias. A todos, mi gratitud.

Capítulo 1

Quite los obstáculos al crecimiento

Cuando era un joven estudiante de psicoterapia y trataba de encontrar mi camino en esos estudios, el libro más útil que leí fue *Neurosis y crecimiento humano* de Karen Horney. Y el concepto más sencillo y útil de ese libro era la noción de que el ser humano tiene una propensión innata hacia la autorrealización. Si se quitan los obstáculos, creía Horney, el individuo se desarrollará hasta convertirse en un adulto plenamente realizado, del mismo modo que una bellota se desarrollará hasta convertirse en un roble.

"Del mismo modo que una bellota se desarrollará hasta convertirse en un roble..." ¡Qué imagen tan maravillosa y liberadora! Cambió para siempre mi enfoque de la terapia, ofreciéndome una nueva visión de mi trabajo: mi tarea era quitar los obstáculos que bloqueaban el camino del paciente. Yo no tenía que hacer todo el trabajo; no tenía que insuflar en el paciente el deseo de crecer, la curiosidad, la voluntad, el celo por la vida, el cuidado, la lealtad o una miríada de características que nos vuelven humanos de una manera total. No, lo que tenía que hacer era identificar y quitar obstáculos. El resto seguiría automáticamente, alimentado por las fuerzas interiores de autorrealización del paciente.

Recuerdo a una joven viuda con, como ella misma decía, un "corazón fallado": una incapacidad para volver a amar otra vez en su vida. Me resultaba intimidante abordar la incapacidad de amar. No sabía cómo hacerlo. Pero dedicándome a identificar y arrancar de raíz sus muchos bloqueos para amar, logré hacerlo.

Pronto supe que ella sentía el amor como una traición. Amar a otro era traicionar a su esposo muerto; sentía que era como dar los últimos martillazos a los clavos del ataúd de su marido. Amar a otro tan profundamente como amaba a su marido (y no se conformaría con menos) significaba que el amor por su marido había sido de algún modo insuficiente o imperfecto. Amar a otro sería autodestructivo porque la pérdida y el dolor de la pérdida eran inevitables. Sentía que amar a otro era una irresponsabilidad: ella era mala y traía mala suerte y su beso era el beso de la muerte.

Trabajamos duro durante meses para identificar todos estos obstáculos para amar a otro hombre. Durante meses luchamos de uno en uno con cada obstáculo irracional. Pero una vez que lo hicimos, los procesos internos de la paciente tomaron el control: conoció a un hombre, se enamoró y volvió a casarse. No tuve que enseñarle a buscar, a dar, a brindar cariño y a amar; no habría sabido cómo hacerlo.

Unas pocas palabras sobre Karen Horney: su nombre es desconocido para la mayoría de los jóvenes terapeutas. Como la vida útil de nuestros teóricos más eminentes se ha vuelto tan corta, caeré, de vez en cuando, en la reminiscencia, no simplemente para enfatizar el hecho de que nuestro campo tiene una larga historia de contribuyentes notablemente capaces que han sentado bases profundas para nuestro actual trabajo terapéutico.

Una contribución exclusivamente norteamericana a la teoría psicodinámica está representada por el movimiento "neofreudiano", un grupo de clínicos y teóricos que reaccionaron contra la concepción original de Freud de una teoría pulsional, es decir, la noción de que el desarrollo del individuo está controlado en gran parte por el despliegue y la expresión de pulsiones innatas.

Por el contrario, los neofreudianos hicieron hincapié en que tomáramos en cuenta la vasta influencia del entorno interpersonal que envuelve al individuo y que a lo largo de

toda la vida moldea la estructura del carácter. Los teóricos interpersonales más conocidos, Harry Stack Sullivan, Erich Fromm y Karen Horney, han sido integrados y asimilados tan profundamente a nuestra práctica y a nuestro lenguaje terapéuticos que todos somos, sin saberlo, neofreudianos. Esto nos recuerda a Monsieur Jourdain en el *Le Bourgeois Gentilhomme*, de Molière, quien, tras aprender la definición de prosa, exclama maravillado: "Pensar que toda mi vida he hablado en prosa sin saberlo".

Capítulo 2

Evite el diagnóstico
(*Excepto para las Compañías de Seguro*)

Hoy en día los estudiantes de psicoterapia están expuestos a un énfasis exagerado en el diagnóstico. Los administradores de los servicios de salud exigen que los terapeutas lleguen rápidamente a un diagnóstico preciso y luego prosigan con un plan de terapia breve y puntual que se ajuste a ese diagnóstico particular. Suena bien. Suena lógico y eficiente. Pero tiene muy poco que ver con la realidad. Representa, por el contrario, un intento ilusorio de generar mediante una ley la precisión científica cuando no resulta posible ni deseable.

Aunque el diagnóstico es indiscutiblemente crítico para la consideración de tratamientos en muchas condiciones graves con un sustrato biológico (por ejemplo, esquizofrenia, desórdenes bipolares, desórdenes afectivos graves, epilepsia del lóbulo temporal, toxicidad por drogas, enfermedades orgánicas o cerebrales por toxinas, causas degenerativas o agentes infecciosos), el diagnóstico a menudo resulta *contraproducente* en la psicoterapia cotidiana de pacientes menos severamente dañados.

¿Por qué? Por empezar, la psicoterapia consiste en un proceso de desarrollo gradual en el que el terapeuta intenta conocer al paciente tan completamente como sea posible. Un diagnóstico limitá la visión; disminuye la habilidad de relacionarse con el otro como persona. Una vez que realizamos un diagnóstico, tendemos selectivamente a desatender aspectos del paciente que no encajan con ese diagnóstico; particular y correspondientemente prestamos una atención exagera-

da a rasgos sutiles que parecen confirmar el diagnóstico inicial. Y lo que es aún peor, un diagnóstico puede actuar como una profecía autocumplida. Relacionarse con un paciente rotulándolo de "borderline" o de "histérico" puede servir para estimular y perpetuar esos mismos rasgos. En verdad, hay una larga historia de influencia iatrogénica en la formación de entidades clínicas, incluyendo la actual controversia acerca del desorden de personalidad múltiple y los recuerdos reprimidos de abuso sexual. Y no olviden tampoco la baja confiabilidad de la categoría de desorden de la personalidad (los mismos pacientes que a menudo se embarcan en psicoterapias más largas.)

¿Y qué terapeuta no se ha sorprendido de cuánto más fácil es hacer un diagnóstico tras la primera entrevista que mucho después, por ejemplo, después de la décima sesión, cuando sabemos mucho más acerca del individuo? ¿No se trata de una clase de ciencia muy extraña? Un colega mío expone esto con toda claridad a sus residentes en psiquiatría preguntándoles: "Si ustedes están haciendo psicoterapia o si están pensando en hacerlo, ¿qué vademécum creen que su terapeuta podría justificadamente usar para describir a personas tan complejas como ustedes?"

En el hacer terapéutico debemos seguir una fina línea de un cierto grado de objetividad, pero nunca debe ser exagerada; si tomamos excesivamente en serio el sistema de diagnóstico, si realmente creemos que nos estamos rigiendo según leyes naturales, entonces podemos terminar por amenazar la naturaleza humana, espontánea, creativa e incierta de la empresa terapéutica. Recuerden que los profesionales que formularon los sistemas previos de diagnóstico ahora descartados eran tan competentes, orgullosos e igual de seguros que los actuales miembros de los comités de los servicios de salud. Sin duda, llegará un momento en que el formato de menú de restaurante chino de esas comisiones resultará ridículo a los profesionales de la salud mental.

Capítulo 3

El terapeuta y el paciente como "compañeros de viaje"

André Malraux, el novelista francés, describió, en uno de sus libros, a un cura de campo que había tomado confesiones durante décadas y resumió lo que había aprendido sobre la naturaleza humana de este modo: "Primero de todo, la gente es mucho más infeliz de lo que uno cree... y no existe eso que llamamos una persona adulta". Todos —y eso incluye tanto al terapeuta como a los pacientes— están destinados a experimentar tanto las alegrías de la vida como su inevitable oscuridad: desilusiones, envejecimiento, enfermedad, aislamiento, pérdida, falta de sentido, elecciones dolorosas y muerte.

Nadie plantea las cosas con más crudeza y más sombríamente que el filósofo alemán Arthur Schopenhauer:

> En la temprana juventud, al contemplar la vida que tenemos por delante, somos como chicos en un teatro antes de que el telón se levante, sentados allí en la oscuridad, entusiasmados y ansiosos, esperando que la obra comience. Es una bendición que no sepamos lo que realmente va a suceder. De poder preverlo, hay veces en que los chicos parecerían prisioneros condenados, no a la muerte, sino a la vida, y hasta ese momento totalmente inconscientes de lo que la sentencia significa.

O también:

> Todos somos como corderos en medio del campo, jugueteando bajo la mirada del carnicero, que escoge a uno y luego a otro como víctima. Así es como en nuestros buenos tiempos ignoramos el mal que el destino puede tenernos reservado para el futuro: enfermedades, pobreza, mutilaciones, pérdida de la vista o la razón.

Aunque el punto de vista de Schopenhauer está fuertemente teñido por su propia infelicidad personal, es difícil negar la desesperación inherente a la vida de todo individuo con conciencia de sí mismo. Mi mujer y yo nos hemos divertido a veces planeando fiestas imaginarias para grupos de personas que comparten propensiones similares —por ejemplo, una fiesta para los obsesivos, los narcisistas ardientes, o los hábiles pasivo-agresivos que hemos conocido o, por el contrario, una fiesta "feliz" a la que invitamos sólo a la gente verdaderamente feliz que hemos encontrado en la vida—. Aunque no hemos tenido ningún problema para llenar cualquier otro tipo de mesa de lo más caprichosa, jamás pudimos armar una mesa completa para nuestra fiesta de "gente feliz". Cada vez que identificamos unas pocos personas caracterológicamente alegres y las colocamos en una lista de espera mientras continuamos nuestra búsqueda para completar la mesa, resulta que uno u otro de nuestros felices huéspedes es víctima de alguna dura adversidad de la vida, a menudo una enfermedad grave o la de un hijo o la de la esposa o el marido.

La visión trágica pero realista de la vida ha tenido una larga influencia en mi relación con aquellos que buscan mi ayuda. Aunque hay muchas palabras para la relación terapéutica (paciente/terapeuta, cliente/consejero, analizante/analista, cliente/facilitador y la más actual —y de lejos la más repulsiva— usuario/proveedor), ninguna de estas palabras transmite con precisión el sentido que yo le otorgo a la relación terapéutica. Por mi parte prefiero pensar en mis pa-

cientes y en mí mismo como en compañeros de viaje, un término que borra toda distinción entre "ellos" (los afligidos) y "nosotros" (los sanadores). Durante mi formación estuve a menudo expuesto a la idea de un terapeuta completamente analizado, pero a medida que fui avanzando a lo largo de la vida y formé relaciones íntimas con muchos de mis colegas terapeutas, que conocí a las figuras de más trayectoria en el campo y que fui convocado para ayudar a mis anteriores terapeutas y maestros, y por último yo mismo me convertí en un maestro y una persona mayor, terminé por darme cuenta de la naturaleza mítica de esa idea. Estamos todos juntos en esto y no hay terapeuta ni persona inmune a las tragedias inherentes a la existencia.

Uno de mis cuentos de curación favoritos, que se halla en *El juego de abalorios*, de Hermann Hesse, trata de José y Dión, dos renombrados sanadores que vivieron en los tiempos bíblicos. Aunque ambos eran muy eficaces, trabajaban de maneras muy diferentes. El sanador más joven, José, curaba escuchando de un modo silencioso e inspirado. Los peregrinos confiaban en él. El sufrimiento y la ansiedad, una vez que penetraban en su oídos, desaparecían como el agua sobre la arena del desierto y los penitentes se iban alegres y aliviados. Por el contrario Dión, el otro sanador, confrontaba activamente a quienes buscaban su ayuda. Adivinaba sus pecados inconfesos. Era un gran juez, castigaba, regañaba, rectificaba y sanaba a través de una intervención activa. Trataba a los penitentes como a niños y les daba consejo, los castigaba asignándoles penitencia, ordenaba peregrinaciones y matrimonios y obligaba a los enemigos a hacer las paces.

Los dos sanadores nunca se encontraron y trabajaron como rivales durante años hasta que José enfermó espiritualmente, cayó en una sombría desesperación y fue asaltado por ideas de autodestrucción. Incapaz de curarse a sí mismo con sus propios métodos terapéuticos, partió de viaje hacia el sur a buscar la ayuda de Dión.

Durante su peregrinaje, José descansó una noche en un oasis, donde trabó conversación con otro viajero. Cuando José describió el propósito y el destino de su expedición, el viajero se ofreció como guía para asistirlo en la búsqueda de Dión. Más tarde, en medio de su largo viaje juntos, el viejo hombre reveló su identidad a José. *Mirabile dictu*: él era Dión, el hombre que José buscaba.

Sin vacilar, Dión invitó a su rival más joven y desesperado a que entrara en su casa, donde vivieron y trabajaron juntos durante muchos años. Primero Dión pidió a José que fuera su sirviente. Más tarde lo elevó al rango de estudiante y por último lo hizo su colega de igual jerarquía. Años después Dión enfermó y en su lecho de muerte llamó a su joven colega para que oyera su confesión. Habló de la antigua y terrible enfermedad de José y de su viaje hacia el viejo Dión para rogar su ayuda. Habló de cómo José había sentido que era un milagro que su compañero de viaje y guía resultara ser el mismo Dión.

Ahora que estaba muriendo, había llegado la hora, dijo Dión a José, de romper el silencio sobre aquel milagro. Dión confesó que en aquel momento también a él le había parecido un milagro, porque él también había caído en la desesperación. Él también se sentía vacío y espiritualmente muerto e incapaz de sanarse por sus propios medios y había emprendido un viaje para buscar ayuda. La misma noche en que se habían encontrado en el oasis, iba de peregrinación hacia el famoso sanador llamado José.

El cuento de Hesse siempre me ha conmovido de una manera muy especial. Me impacta como un relato profundamente iluminador acerca del brindar y el recibir ayuda, acerca de la honestidad y la duplicidad y acerca de la relación entre el sanador y el paciente. Los dos recibieron una poderosa ayuda pero de manera muy diferente. El sanador

más joven fue criado y cuidado, recibió las enseñanzas y el apoyo de un padre. El otro sanador recibió la ayuda que brinda el servir a otro, que a su vez brinda el amor filial y el respeto de un discípulo y el bálsamo que representa para su soledad.

Pero ahora, reconsiderando la historia, me pregunto si estos dos sanadores heridos no podrían haber sido incluso mucho más útiles uno para el otro. Quizá desaprovecharon la oportunidad de algo más profundo, más auténtico, más poderosamente mutuo. Quizá la verdadera terapia tuvo lugar en la escena del lecho de muerte, cuando pasaron a la honestidad de confesar que eran compañeros de viaje, ambos simplemente humanos, demasiado humanos. Los veinte años de secreto, por más útiles que hayan sido, tal vez obstruyeron e impidieron un tipo de ayuda mucho más profundo. ¿Qué habría ocurrido si la confesión de Dión en el lecho de muerte hubiese sucedido veinte años antes, si sanador y buscador se hubiesen unido para enfrentar juntos las preguntas sin respuesta?

El eco de estas cuestiones resuena en las cartas de Rilke a un joven poeta en las que le aconseja: "Tenga paciencia con todo lo no resuelto y trate de amar las preguntas en sí mismas". Yo agregaría: "Trate de amar también a quienes las formulan".

Capítulo 4

Involucre al paciente

Un gran número de nuestros pacientes tienen conflictos en la esfera de la intimidad y obtienen ayuda en la terapia por el mero hecho de experimentar una relación de intimidad con el terapeuta. Algunos temen la intimidad porque creen que hay algo básicamente inaceptable en ellos, algo repugnante e imperdonable. Dado esto, el acto de abrirse enteramente al otro y seguir siendo aceptados puede ser el vehículo más importante de la ayuda terapéutica. Otros quizás eviten la intimidad por temores de explotación, colonización o abandono; para ellos también la relación íntima y cariñosa que no termina en una catástrofe anticipada se vuelve una experiencia emocional correctiva.

De allí que nada cobre precedencia sobre el cuidado y el mantenimiento de mi relación con el paciente, y presto suma atención a cada matiz de cómo nos vemos uno al otro. ¿Parece distante hoy el paciente? ¿Competitivo? ¿Desatento a mis comentarios? ¿Utiliza lo que digo en privado pero rehúsa reconocer abiertamente mi ayuda? ¿Es en verdad exageradamente respetuoso? ¿Obsecuente? ¿Muy rara vez expresa una objeción o desacuerdo? ¿Indiferente o desconfiado? ¿Entro en sus sueños o fantasías? ¿Cuál es el contenido de las conversaciones imaginarias que tiene conmigo? Quiero saber todas estas cosas y muchas más. Nunca dejo que pase una sesión sin que me pregunte por el estado de nuestra relación, a veces con una simple frase como ésta: ¿Cómo nos está yendo hoy? o ¿Cómo experimenta hoy el espacio entre usted y yo? A veces le pido a la paciente que

se proyecte en el futuro: "Imagine una media hora a partir de ahora: está en el auto volviendo a su casa, pensando en la sesión. ¿Cómo se va a sentir hoy con respecto a usted misma y a mí? ¿Cuáles serán las frases silenciadas o las preguntas informuladas de nuestra relación hoy?".

Capítulo 5

Brinde apoyo

Uno de los valores fundamentales de llevar a cabo una terapia personal intensiva es el experimentar por sí mismo la importancia de un apoyo positivo. Pregunta: ¿Qué recuerdan los pacientes cuando rememoran, años más tarde, sus experiencias en la terapia? Respuesta: No los *insights*, ni las interpretaciones. Casi siempre lo que más recuerdan son los comentarios del terapeuta que le brindan un apoyo positivo.

Tengo como norma expresar regularmente mis pensamientos y sentimientos positivos acerca del paciente, junto con un largo espectro de atributos; por ejemplo, sus aptitudes sociales, su curiosidad intelectual, su calidez, su lealtad para con los amigos, su claridad, su coraje para enfrentar los demonios internos, su dedicación al cambio, la buena disposición para abrirse, su cariñosa amabilidad con sus hijos, su compromiso en romper con el círculo del abuso y la decisión de no pasar el problema a la generación siguiente. No sea egoísta, no tiene ningún sentido; hay un sinfín de razones para expresar estas observaciones y los sentimientos positivos. Y cuídese de los cumplidos vanos, haga que el apoyo que brinda sea tan incisivo como sus retroalimentaciones y sus interpretaciones. No olvide el gran poder que tiene el terapeuta, el poder que en parte proviene de habernos enterado de los hechos, fantasías y pensamientos más íntimos de la vida de nuestros pacientes. La aceptación y el apoyo de alguien que lo conoce a uno tan íntimamente es enormemente alentador.

Si los pacientes dan un paso terapéutico importante que requiere de mucho valor, felicítelos. Si alguna vez he estado profundamente compenetrado con la sesión y ha llegado a su fin, digo que odio tener que terminar. Y (una confesión: ¡todos los terapeutas tienen una lista de pequeñas transgresiones secretas!), no dudo en expresarlo de una manera no verbal, extendiéndome unos minutos.

A menudo el terapeuta es la única audiencia que presencia grandes dramas y actos de mucho valor. Tal privilegio exige que se dé una respuesta al actor. Aunque los pacientes tengan otros confidentes, es improbable que alguno tenga la apreciación tan abarcativa del terapeuta de ciertos actos trascendentales. Por ejemplo, hace años un paciente, Michael, novelista, me informó un día que acababa de cerrar su casilla de correo secreta. Durante años esa casilla de correo había sido su método de comunicación en una larga serie de historias extramatrimoniales clandestinas. De allí que cerrar la casilla representaba un acto trascendental y consideré que era mi responsabilidad valorar el gran coraje que ese acto requería y me pareció muy importante no dejar de expresarle mi admiración por esa acción.

Unos meses más tarde todavía estaba atormentado por imágenes recurrentes y deseos de su última amante. Le brindé mi apoyo.

—Michael, el tipo de pasión que usted experimentó no se evapora fácilmente. Por supuesto que el anhelo lo va a seguir asediando. Es inevitable, es parte de su humanidad.

—¿Quiere decir que es parte de mi debilidad? Desearía ser un hombre de acero y poder dejarla a un lado para siempre.

—Hay un nombre para esa clase de hombres de acero: robots. Y gracias a Dios, si hay algo que usted no es, es un robot. Hemos hablado muchas veces de su sensibili-

dad y su creatividad, éstas son sus más grandes ventajas, y es por eso que su escritura es tan poderosa y por lo que los demás se sienten atraídos hacia usted. Pero estos rasgos tienen su lado oscuro, la ansiedad, y hace que le resulte imposible vivir circunstancias como éstas con ecuanimidad.

Un lindo ejemplo de cómo la reformulación de un comentario puede brindar mucho consuelo me sucedió un día, hace algún tiempo, cuando le expresé a un amigo, William Blatty, el autor de *El exorcista,* mi desilusión por una mala crítica de uno de mis libros. Me respondió de una manera maravillosamente alentadora que al instante sanó mi herida: "Irv, por supuesto que estás molesto por el comentario. ¡Y gracias a Dios que lo estás! ¡Si no fueras tan sensible, no serías tan buen escritor!"

Cada terapeuta descubrirá su propia manera de apoyar a sus pacientes. Nunca se borrará de mi mente la imagen de Ram Dass describiendo su despedida de un gurú con el que había estudiado durante años en un *ashram* en la India. Cuando Ram Dass se lamentó de que no se sentía preparado para partir debido a sus muchas fallas e imperfecciones, su gurú se puso de pie y muy lenta y solemnemente dio una vuelta alrededor, que concluyó con un pronunciamiento público: "No veo ninguna imperfección". Nunca he dado literalmente la vuelta alrededor de mis pacientes, inspeccionándolos visualmente, y nunca siento que el proceso de crecimiento llegue alguna vez a su fin, pero no obstante esta imagen ha guiado frecuentemente mis comentarios.

El apoyo puede incluir comentarios sobre el aspecto físico: alguna prenda del vestir, una tez bien descansada y bronceada, un nuevo corte de pelo. Si un/a paciente está obsesionado/a por la falta de atractivo físico, creo que es la cosa más natural y humana del mundo comentar (si así lo siente) que usted lo/la encuentra atractivo/a e indagar por

los orígenes del mito de esa falta de atractivo. En un relato sobre la psicoterapia en mi libro *Mamá y el sentido de la vida*, el protagonista, el doctor Ernest Lash, es acorralado por una paciente excepcionalmente atractiva que lo presiona con preguntas explícitas: "¿Soy atractiva para los hombres? ¿Para usted? Si no fuese mi terapeuta, ¿tendría una actitud sexual hacia mí?" Éstas son las más pesadillescas, las preguntas que más aterran a lo terapeutas por sobre todas las otras. Es el temor a tales preguntas lo que provoca que muchos terapeutas den tan poco de sí mismos. Pero yo creo que el miedo es injustificado. Si cree que es en el mejor interés de la paciente, ¿por qué no decir simplemente como dice mi personaje ficcional?: "Si todo fuera diferente, si nos encontráramos en otro mundo, si fuera soltero, si no fuera su terapeuta, entonces sí, me resultaría muy atractiva y sin duda trataría de conocerla mejor". ¿Cuál es el peligro? Según mi punto de vista, ese candor sencillamente aumentará la confianza que el paciente tenga en usted y en el proceso terapéutico. Por supuesto, esto no excluye otras formas de indagación acerca de la pregunta; por ejemplo, por la motivación del paciente o el momento (la pregunta típica de "¿Por qué justo ahora?") o una preocupación exagerada por lo físico o la seducción, que puede estar ocultando cuestiones más significativas.

CAPÍTULO 6

Empatía: Mirando por la ventana del paciente

Es extraño cómo ciertas frases o hechos se alojan en nuestra mente y desde allí siguen ofreciendo guía o consuelo. Hace décadas tuve una paciente con cáncer de mama, quien, durante toda su adolescencia, había estado enfrascada en una lucha larga y amarga con un padre duro y negativo. Deseando alguna forma de reconciliación, un nuevo comienzo para su relación, esperaba con ansia el momento en que su padre la llevara en auto hasta el colegio, un momento en el que ella estaría sola con él durante horas. Pero el viaje tan esperado resultaba un desastre: su padre se comportaba fiel a su modo de ser y se pasaba todo el viaje refunfuñando sobre el arroyo feo y lleno de basura que había al costado del camino. A su vez, ella no veía basura alguna en el hermoso arroyo rústico y virgen. Y como no encontraba modo de responderle, al final terminaba por callar y pasaban el resto del viaje sin mirarse, cada uno con los ojos vueltos para su lado.

Más adelante, ella hizo ese viaje sola y se sorprendió al notar que había dos arroyos, uno a cada lado del camino. "Esta vez yo conducía", dijo con tristeza, "y el arroyo que veía por mi ventana del lado del conductor era tan feo y estaba tan contaminado como lo había descripto mi padre". Pero para cuando aprendió a mirar por la ventana de su padre ya era demasiado tarde: su padre estaba muerto y enterrado.

Esa historia no me ha abandonado jamás y en muchas ocasiones me he recordado a mí mismo o a mis estudian-

tes que "miremos por la ventana del otro. Que tratemos de ver el mundo como lo ven nuestros pacientes". La mujer que me contó esta historia poco después murió de cáncer de mama y lamento no haberle podido decir lo útil que su historia ha sido a través de los años, para mí, para mis estudiantes y para muchos pacientes.

Hace cincuenta años Carl Rogers identificó la "empatía exacta" como una de las tres características esenciales de una terapia efectiva (junto con una "mirada incondicionalmente positiva" y el "ser genuino") e inició el campo de la investigación psicoterapéutica, que terminó por reunir bastante evidencia en apoyo de la efectividad de la empatía.

La terapia se potencia si el terapeuta ingresa con precisión en el mundo del paciente. Los pacientes se benefician muchísimo por la sola experiencia de ser vistos y comprendidos en su totalidad. De allí que sea muy importante reconocer el modo en que nuestros pacientes experimentan el pasado, el presente y el futuro. Continuamente me aseguro de corroborar mis presunciones a ese respecto. Por ejemplo:

> —Bob, cuando pienso en su relación con Mary, esto es lo que yo entiendo. Usted dice que está convencido de que usted y ella son incompatibles, que quiere profundamente separarse de ella, que se aburre en su compañía y que evita pasar noches enteras con ella. Sin embargo, ahora que ella hizo el movimiento que usted quería y se ha ido, usted de nuevo la desea. Creo haberle oído decir que no quiere estar con ella; sin embargo, no puede soportar la idea de que ella no esté ahí cuando usted la necesite. ¿Estoy en lo cierto hasta aquí?

Una empatía exacta es sumamente importante en la esfera del presente inmediato —es decir, el "aquí y ahora" de la sesión de terapia—. Recuerde que los pacientes ven la

hora de terapia de una manera muy distinta que los terapeutas. Los terapeutas se sorprenden mucho, aun aquellos con una gran experiencia, al redescubrir este fenómeno. No es raro que uno de mis pacientes comience una sesión describiendo una reacción emocional intensa a algo ocurrido en la sesión previa y me quede desconcertado y me resulte totalmente imposible imaginar qué es lo que sucedió en esa sesión como para provocar una respuesta tan poderosa.

Tal divergencia entre los puntos de vista del paciente y el terapeuta llamó mi atención por primera vez mientras realizaba investigaciones sobre las experiencias de miembros de grupos, tanto de terapias grupales como en grupos de encuentro. Les pedí a muchísimos miembros de distintos grupos que llenaran un cuestionario en el que debían identificar los incidentes críticos de cada sesión. Los incidentes ricos y variados allí descriptos diferían mucho de las evaluaciones de los coordinadores de los grupos sobre los incidentes de cada reunión y existía una diferencia similar entre la selección hecha por los miembros y por los coordinadores de los incidentes más críticos de toda la experiencia grupal.

Mi siguiente encuentro con las diferencias en las perspectivas del paciente y el terapeuta ocurrió en un experimento informal en el que una paciente y yo escribimos resúmenes de cada sesión de terapia. El experimento tiene una historia curiosa. La paciente, Ginny, era una escritora creativa y talentosa que padecía no sólo un bloqueo severo de la escritura sino un bloqueo de toda forma de expresividad. Un año de asistencia a terapia grupal conmigo le resultó relativamente improductivo, pues ella reveló poco de sí misma, dio poco de sí a los otros miembros y me idealizaba tanto que cualquier encuentro genuino era imposible. Luego, cuando Ginny tuvo que dejar el grupo debido a presiones financieras, propuse un experimento inu-

sual. Ofrecí tratarla en terapia individual con la condición de que, en lugar de la paga, ella escribiese un resumen de corrido y sin censura de cada sesión de terapia expresando todos los sentimientos y pensamientos que no había verbalizado durante la sesión. Yo, por mi parte, propuse hacer exactamente lo mismo y sugerí que cada uno entregara sus informes semanales sellados a mi secretaria y que cada tantos meses leyéramos las notas del otro.

Diferentes motivos determinaban mi propuesta. Esperaba que la tarea de escribir no sólo liberase la escritura de mi paciente sino que la alentase a expresarse más libremente en la terapia. Tenía la esperanza de que quizás, al leer mis notas, mejoraría nuestra relación. Me proponía escribir notas sin censura que revelaran mis propias experiencias durante la sesión: mis placeres, mis frustraciones, mis distracciones. Era posible que, si Ginny lograba verme de una manera más realista, empezara a desidealizarme y a relacionarse conmigo sobre una base más humana.

(Como una digresión no emparentada con la discusión de la empatía, me gustaría agregar que esta experiencia ocurrió en el momento en que yo intentaba desarrollar mi propia voz como escritor, y mi ofrecimiento de escribir en paralelo con mi paciente tenía además un motivo personal: me proporcionaba un ejercicio de escritura inusual y una oportunidad de romper mis ataduras profesionales, liberar mi voz escribiendo todo lo que me venía en mente inmediatamente después de cada sesión.)

El intercambio de notas proveyó una experiencia como de *Rashomon*: aunque habíamos compartido la misma sesión, la experimentábamos y la recordábamos según la propia idiosincrasia. Por empezar, valorábamos distintas partes de la sesión. ¿Mis interpretaciones brillantes y elegantes? Ella ni siquiera las oía. En cambio, valoraba los pequeños actos personales que yo apenas notaba: los elogios sobre su atuendo o su aspecto o su escritura, mis torpes disculpas por lle-

gar un par de minutos tarde, mi risa ante sus sátiras, mi tomarle el pelo cuando actuábamos roles*.

Todas estas experiencias me han enseñado a no suponer que el paciente y yo tenemos la misma experiencia durante la sesión. Cuando los pacientes discuten sensaciones que tuvieron la sesión anterior, no dejo nunca de preguntarles acerca de su experiencia y casi siempre aprendo algo nuevo e inesperado. La empatía forma tanto parte de nuestro discurso cotidiano —los cantantes populares entonan lamentos sobre el ponerse en la piel del otro y caminar dentro de sus zapatos— que tendemos a olvidar la complejidad del proceso. Es extraordinariamente difícil saber realmente lo que el otro siente; muchísimas veces proyectamos nuestro propios sentimientos sobre él.

Cuando Erich Fromm enseñaba a sus estudiantes sobre la empatía, a menudo citaba la frase de Terencio de hace dos mil años —"Soy humano y nada humano me es ajeno"— y nos incitaba a abrirnos a esa parte de nosotros que correspondiese con cualquier hecho o fantasía del paciente, sin importar cuán odiosa, violenta, lujuriosa, masoquista o sádica fuese. Si no lo hacíamos, sugería que investigáramos por qué habíamos optado por cerrar esa parte de nosotros mismos.

* Más tarde, utilicé los resúmenes de las sesiones en clases de psicoterapia y me sorprendió su valor pedagógico. Los estudiantes comunicaron que nuestras notas conjuntas adquirían las características de una novela epistolar y eventualmente, en 1974, la paciente, Ginny Elkin (un seudónimo) y yo las publicamos bajo el título *Every Day Gets a Little Closer*. Veinte años más tarde el libro fue publicado como libro de bolsillo y comenzó una nueva vida. Retrospectivamente el subtítulo, *A Twice-Told Therapy*, habría resultado más apropiado, pero Ginny amaba la vieja canción de Buddy Holly y quería casarse con su melodía. (El libro fue publicado en castellano por Emecé con el título *Terapia a dos voces*.)

Naturalmente, conocer el pasado del paciente potencia la propia capacidad para mirar por la ventana del paciente. Si, por ejemplo, alguien ha sufrido una larga serie de pérdidas, entonces verá el mundo a través del cristal de la pérdida. En ese caso tal vez se muestre reacio a dejar que el terapeuta se interese por él o se acerque demasiado por temor a sufrir una nueva pérdida. De allí que la investigación del pasado sea importante, no para la construcción de cadenas causales, sino porque nos permite ser empáticos con mayor exactitud.

Capítulo 7

Enseñe la empatía

Una empatía exacta es un rasgo esencial no sólo para los terapeutas sino también para los pacientes y *debemos ayudarles a desarrollarla para con los otros*. Recuerden que nuestros pacientes por lo general vienen a vernos por sus dificultades para desarrollar y mantener relaciones interpersonales gratificantes. Muchos no logran empatía con los sentimientos y experiencias de los otros.

Creo que el "aquí y ahora" ofrece al terapeuta una manera poderosa de ayudar a los pacientes a desarrollarla. La estrategia es simple: Ayude a sus pacientes a experimentar empatía con usted y automáticamente realizarán las extrapolaciones necesarias a las personas importantes de sus vidas. Es muy común que los terapeutas pregunten a sus pacientes de qué modo una cierta frase o acción suya puede afectar a los otros. Simplemente sugiero que el terapeuta se incluya en esa pregunta.

Cuando los pacientes arriesgan una opinión sobre lo que siento, trato de que le den la mayor precisión posible. Si, por ejemplo, un paciente interpreta algún gesto o comentario y dice: "Debe de estar muy cansado de verme" o "Ya sé que lamenta tener que relacionarse conmigo" o "Ésta tal vez sea la sesión más desagradable del día", pondré un poco a prueba la realidad de lo dicho y preguntaré: "¿Me está queriendo preguntar algo con ese comentario?"

Se trata por supuesto de una simple enseñanza de destreza social: incito al paciente a que se dirija a mí o me interrogue directamente y me esfuerzo por contestar de una

manera que sea directa y provechosa. Por ejemplo, podría responder: "Me está interpretando completamente mal. No tengo ninguno de esos sentimientos. Estoy contento con nuestro trabajo. Usted ha demostrado mucho coraje, trabaja mucho, jamás faltó a una sesión, nunca llegó tarde, se ha arriesgado y ha compartido muchas cosas íntimas conmigo. Usted cumple en todo con su trabajo. Pero he notado que cada vez que arriesga una opinión sobre lo que siento con respecto a usted, no concuerda con mi experiencia interior y el error apunta siempre en la misma dirección: usted me interpreta como si me importara menos de lo que me importa".

Otro ejemplo:

—Sé que ya ha escuchado esta historia antes pero... (y el paciente procede a contar una larga historia).

—Me sorprende cuántas veces dice que ya he oído esa historia antes y luego pasa a contarla.

—Es una mala costumbre, lo sé. No lo entiendo.

—¿Cómo le parece que me siento escuchando la misma historia una y otra vez?

—Debe de ser tedioso. Probablemente debe querer que termine la sesión, seguramente mira la hora en el reloj.

—¿Me está haciendo una pregunta en eso que dice?

—Bueno, ¿lo hace?

—En verdad me impacienta oír la misma historia otra vez. Siento que se interpone entre los dos, como si en realidad no me estuviese hablando a mí. Tiene razón con respecto a lo de mirar el reloj. Lo hice, pero fue con la esperanza de que cuando su historia terminara todavía tuviésemos tiempo para contactarnos antes de que concluyera la sesión.

Capítulo 8

Permita que el paciente le importe

Hace más de treinta años oí la historia más triste sobre psicoterapia. Estaba pasando un año en Londres por una beca en la muy respetada Clínica Tavistock y conocí a un prominente psicoanalista y terapeuta del grupo británico, de setenta años, que se estaba por jubilar y la noche anterior había tenido la última reunión con un grupo de terapia con el que había trabajado durante mucho tiempo. Los miembros, muchos de los cuales habían estado en el grupo por más de una década, habían reflexionado sobre los cambios que habían visto en las distintas personas del grupo y todos estuvieron de acuerdo en que había una sola persona que no había cambiado nada: ¡El terapeuta! En realidad dijeron que era exactamente el mismo desde hacía diez años. Entonces, él me miró y, golpeteando sobre el escritorio para dar más énfasis, dijo con su mejor voz de maestro: "Eso, jovencito, es lo que se llama una buena técnica".

Siempre me ha apenado recordar este incidente. Es triste pensar en estar con otras personas durante tanto tiempo y sin embargo no dejar que nos importen lo suficiente como para que nos influyan y nos cambien. Lo insto a que permita que sus pacientes le importen, a que permita que entren en su mente, lo influyan, lo cambien, y a no ocultarles este hecho.

Hace años, traté a una paciente que condenaba a sus amigos por "ir dormidos por la vida". Esto era típico de ella: era extremadamente crítica con todas las personas que me

describía. Me pregunté en voz alta qué impacto tenía en sus amistades su actitud juzgadora:

—¿Qué quiere decir? —respondió—. ¿Que yo juzgue a los demás tiene algún impacto en usted?
—Creo que me hace tener cuidado de no revelar demasiado de mí mismo. Si tuviésemos una relación de amigos, me cuidaría mucho de revelarle mi lado más oscuro.
—Bueno, este tema me parece bastante blanco y negro para mí. ¿Qué opinión tiene del sexo casual? ¿Personalmente puede pensar en separar el sexo del amor?
—Por supuesto que puedo. Eso es parte de nuestra naturaleza humana.
—Me parece repulsivo.

La sesión terminó con ese comentario y durante días me sentí perturbado por nuestra interacción y comencé la sesión siguiente diciéndole que me había resultado muy incómodo pensar que yo le producía repulsión. Ella se quedó perpleja por mi reacción y me dijo que la había malinterpretado por completo: lo que ella había querido decir era que le daba repulsión la naturaleza humana y sus propios deseos sexuales, no yo o mis palabras.

Más tarde, en la misma sesión, ella volvió al incidente y dijo que aunque lamentaba haber sido causa de molestia para mí, no obstante estaba conmovida —y complacida— porque había sentido que ella me importaba. El intercambio catalizó poderosamente la terapia: en las sesiones subsiguientes empezó a confiar más en mí y a correr riesgos mucho mayores.

Recientemente uno de mis pacientes me envió un *e-mail*:

Lo amo pero también lo odio porque usted se va, no sólo a la Argentina y a Nueva York y por lo que sé al Tibet y a Timbuktu, sino porque se va todas las semanas,

cierra la puerta, se va probablemente a encender el televisor y ver el partido de béisbol o fijarse los precios de la Bolsa y a hacerse una taza de té silbando una alegre melodía y no piensa en mí para nada. Y ¿por qué debería hacerlo?

Estas palabras dan voz a una gran pregunta que muchos pacientes no se atreven a formular: "¿Piensa alguna vez en mí entre sesiones o sencillamente desaparezco de su vida por el resto de la semana?"

Mi experiencia es que frecuentemente los pacientes no desaparecen de mi mente durante la semana y si he tenido pensamientos que podrían ser útiles, me aseguro de compartirlos con ellos.

Si siento que he cometido un error en la sesión, creo que siempre es mejor reconocerlo directamente. Una vez una paciente describió un sueño:

—Estoy en mi vieja escuela primaria y le hablo a una niña pequeña que está llorando y que se escapó de la clase. Yo le digo: "Debes recordar que hay muchas personas que te aman y sería mejor que no escapes de todo el mundo".

Sugerí que ella era tanto quien hablaba como la niña y que el sueño era un paralelo y una variante de lo mismo que habíamos estado discutiendo en nuestra última sesión. Ella respondió: "Claro".

Eso me irritó: ella tenía la particularidad de no reconocer mis acotaciones más útiles y por consiguiente insistí en que analizara su comentario "Claro". Más tarde, mientas pensaba sobre esta insatisfactoria sesión, me di cuenta de que el problema entre nosotros se había debido en gran medida a mi terca determinación de desactivar su "claro" con el fin de obtener un reconocimiento total por mi interpretación del sueño.

Abrí la sesión siguiente reconociendo mi comportamiento inmaduro y luego tuvimos una de las sesiones más productivas en la que ella reveló secretos muy importantes que había retenido durante mucho tiempo. La apertura del terapeuta engendra la apertura del paciente.

Los pacientes a veces me importan tanto que entran en mis sueños y, si creo que facilitará de algún modo la terapia, no dudo en compartir el sueño con ellos. Una vez soñé que había encontrado a una paciente en un aeropuerto e intentaba darle un abrazo pero fui obstruido por la enorme cartera que llevaba. Le relaté el sueño y lo conecté con la discusión de nuestra sesión previa acerca del "bagaje" que ella traía a la relación conmigo —es decir sus fuertes sentimientos ambivalentes hacia su padre—. Ella se conmovió por el hecho de que yo compartiera el sueño y reconoció la lógica por la que lo conectaba con la fusión que ella hacía de su padre y yo, pero sugirió otro significado muy inteligente para el sueño: que el sueño expresaba mi pesar porque nuestro contrato profesional (simbolizado por la cartera, un contenedor de dinero, es decir, los aranceles de la terapia) impedía una relación totalmente consumada. No pude negar que el sentido de su interpretación era difícil de descartar y que reflejaba sentimientos que acechaban en algún lugar en lo profundo de mí.

Capítulo 9

Reconozca sus errores

El analista D.W. Winnicott una vez hizo la aguda observación de que la diferencia entre las madres buenas y las malas no era el hecho de *cometer* errores *sino de lo que cada una hacía con ellos.*

Tuve una paciente que había dejado a su terapeuta anterior por lo que podría parecer una razón trivial. En su tercer encuentro ella había llorado copiosamente y cuando en un determinado momento había extendido la mano para tomar un pañuelo de papel de la caja había descubierto que estaba vacía. El terapeuta entonces comenzó a revisar toda su oficina buscando en vano un pañuelo y al final corrió por el hall hasta el *toilette* y volvió con un puñado de papel higiénico. En la sesión siguiente ella comentó que el incidente debía haberle incomodado, a lo cual él negó que hubiese sentido la menor incomodidad o vergüenza. Cuanto más insistía ella, más se atrincheraba él y le devolvió sus preguntas pidiéndole que le dijera por qué persistía en dudar de su respuesta. Finalmente ella concluyó (correctamente a mi parecer) que él no se había manejado con ella de una manera auténtica y decidió que no podía confiar en él para el largo trabajo que tenían por delante.

Un ejemplo del reconocimiento de un error: Una paciente que había sufrido varias pérdidas tempranamente en la vida y estaba luchando contra la pérdida inminente de su marido, que estaba agonizando de un tumor cerebral, una vez me preguntó si yo alguna vez pensaba en ella entre sesiones. Yo respondí: "A menudo pienso en su situación". ¡Respuesta

incorrecta! Se sintió ultrajada por mis palabras. "¿Cómo puede decir eso", me preguntó, "usted que se suponía que iba a ayudarme, usted que me pidió que compartiera mis sentimientos personales más íntimos? Esas palabras refuerzan mis temores de que no existo, de que todo el mundo piensa en mi situación y nadie piensa en mí". Luego agregó que no sólo ella no existía sino que yo también evitaba existir en los encuentros al excluir mi propia persona de la relación con ella.

Durante la semana medité sobre lo que dijo y, tras concluir que estaba totalmente en lo cierto, comencé la sesión siguiente haciéndome cargo de mi error y pidiéndole que me ayudara a identificar y comprender mis propios puntos ciegos en este asunto. (Muchos años antes había leído un artículo de Sándor Ferenczi, un analista talentoso, en el que relataba haber dicho a un paciente: "Quizás usted pueda ayudarme a localizar algunos de mis puntos ciegos". Ésta es otra de esas frases que se alojaron en mi mente y que utilizo con frecuencia en mi trabajo clínico).

Juntos vimos mi alarma ante la profundidad de su angustia y mi profundo deseo de encontrar algún modo, *cualquiera,* sin llegar al abrazo físico, de consolarla. Quizá, sugerí, había estado más reticente con ella en las últimas sesiones por mi preocupación de haberla seducido más de la cuenta al prometer mucho más alivio del que realmente podía alguna vez llegar a brindarle. Creí que ése era el contexto de mi afirmación personal acerca de su "situación". Habría sido tanto mejor, le dije, haber sido simplemente honesto con respecto a mi dolor por no saber cómo consolarla y mi confusión sobre cómo proceder.

Si comete un error, admítalo. Cualquier intento de taparlo terminará por jugar en su contra. En algún nivel el paciente sentirá que usted está actuando de mala fe y la terapia se resentirá. Además, una admisión franca del error es un buen ejemplo para los pacientes y otro signo de que ellos le importan.

Capítulo 10

Cree una nueva terapia para cada paciente

Hay una gran paradoja inherente a la mayor parte de la investigación contemporánea sobre psicoterapia. Como los investigadores tienen la legítima necesidad de comparar una forma de tratamiento psicoterapéutico con alguna otra forma de tratamiento (farmacológico u otra forma de psicoterapia) se ven obligados a ofrecer una terapia "estandarizada" —es decir, una terapia uniforme para todos los individuos dentro del proyecto, que pueda en el futuro ser repetida por otros investigadores o terapeutas—. (En otras palabras, funcionan los mismos estándares que se utilizan para testear los efectos de un agente farmacológico: a saber, que todos los sujetos reciban la misma pureza y potencia de una droga y que exactamente la misma droga esté disponible para futuros pacientes.) *Y sin embargo esa misma acción de estandarizar vuelve la terapia menos real y eficaz*. Júntese ese problema con el hecho de que una gran parte de la investigación psicoterapéutica utiliza terapeutas sin experiencia o estudiantes de psicoterapia, y no es difícil comprender por qué en el mejor de los casos tales investigaciones tienen una conexión muy tenue con la realidad.

Consideremos a continuación la tarea de los terapeutas experimentados. Deben establecer con el paciente una relación caracterizada por un lazo genuino, por una mirada positiva e incondicional y por la espontaneidad. Instan a sus pacientes a comenzar cada sesión con sus "puntos de urgencia" (como los llamaba Melanie Klein) y a explorar

con una profundidad cada vez mayor sus temas importantes tal como se despliegan en el momento del encuentro. ¿Cuáles temas? Tal vez ciertos sentimientos con respecto al terapeuta. O ciertos temas que pueden haber surgido como resultado de la sesión previa o de algún sueño de la noche anterior a la sesión. A lo que me refiero es que la terapia es espontánea, la relación es dinámica y en constante evolución y hay una secuencia continua en la que se experimenta y luego se examina el proceso.

El fluir de la terapia debe ser en su misma esencia espontáneo, siguiendo permanentemente el lecho de ríos imprevistos; se lo distorsiona de manera grotesca cuando se lo empaqueta en una fórmula que permite a terapeutas inexpertos y formados inadecuadamente (o a computadoras) trazar un curso de terapia uniforme. Una de las verdaderas abominaciones engendradas por el movimiento del sistema de salud por gerenciamiento es la confianza cada vez mayor en la terapia protocolar en la que se exige a los terapeutas adherirse a una secuencia prescripta, a un plan de puntos y ejercicios a seguir cada semana.

En su autobiografía, Jung describe su valoración de la singularidad del mundo y el lenguaje interior de cada paciente, una singularidad que exige que el terapeuta invente un lenguaje de terapia nuevo para cada paciente. Quizás estoy exagerando la cuestión, pero creo que la crisis actual de la psicoterapia es tan seria y la espontaneidad del terapeuta corre tanto peligro que se requiere un correctivo radical. Debemos ir aún más lejos: *el terapeuta debe esforzarse por crear una terapia nueva para cada paciente.*

Los terapeutas deben comunicar a sus pacientes que su tarea principal es construir juntos una relación que por sí misma se volverá agente del cambio. Es extremadamente difícil enseñar esta capacidad en un curso acelerado por medio de un protocolo. Sobre todo, el terapeuta debe estar preparado a ir dondequiera que vaya el paciente, a hacer lo

que sea necesario para continuar generando confianza y seguridad en la relación. Trato de diseñar una terapia a medida para cada paciente, de encontrar la mejor manera de trabajar y considero que este proceso de modelar la terapia no es la base o el preludio, sino la esencia misma del trabajo. Estos comentarios son relevantes incluso para pacientes de terapias breves pero se aplican principalmente a la terapia con pacientes en posición de afrontar (o calificados para) terapias de final abierto.

Trato de evitar la técnica prefabricada y obtengo mejores resultados si permito que lo que elijo fluya espontáneamente de las exigencias de la situación clínica inmediata. Creo que la técnica es "facilitadora" cuando emana exclusivamente del encuentro singular con el paciente. Cada vez que sugiero alguna intervención a mis supervisados a menudo tratan de hacerla entrar en la sesión siguiente y siempre fracasa. Por eso he aprendido a prologar mis comentarios con: "*No trate de aplicarlo en la próxima sesión*, pero en esa situación yo habría dicho algo como..." A lo que me refiero es que el curso de cada terapia consiste en respuestas o técnicas pequeñas o grandes generadas espontáneamente que son imposibles de programar por adelantado.

Naturalmente, la técnica tiene un significado muy diferente para el novato que para el experto. Se requiere técnica para aprender a tocar el piano, pero a la larga, si uno quiere hacer música, debe trascender la técnica aprendida y confiar en la propia espontaneidad.

Por ejemplo, una paciente que había sufrido una serie de dolorosas pérdidas, un día vino a su sesión muy desesperada porque acababa de enterarse de la muerte de su padre. Ya estaba tan profundamente acongojada por la muerte de su marido unos meses antes que no podía soportar la idea de volar hasta la casa de sus padres para asistir al funeral y ver la tumba de su padre junto a la de su hermano que había muerto joven. Pero tampoco sabía cómo lidiar con la culpa

de *no* asistir al funeral de su propio padre. Por lo general era una mujer extraordinariamente llena de recursos y muy eficaz, que a menudo había sido muy crítica conmigo y con otras personas por querer "arreglar" las cosas por ella. Pero ahora necesitaba algo de mí, algo tangible, algo que la absolviera de la culpa. Le respondí dándole instrucciones de no ir al funeral ("órdenes del doctor", le dije). A la vez, programé nuestra próxima reunión para la hora exacta del funeral y la dediqué enteramente a las reminiscencias de su padre. Dos años después, cuando concluyó la terapia, comentó lo bien que le había hecho esa sesión.

Otra paciente se sentía tan abrumada por el estrés de su vida que durante una sesión apenas podía hablar y lo único que hacía era abrazarse y mecerse suavemente. Sentí una enorme necesidad de consolarla, de abrazarla y decirle que todo iba a estar bien. Deseché la idea del abrazo: había sufrido abuso sexual por parte de su padrastro y tenía que estar particularmente atento a mantener la sensación de seguridad de nuestra relación. Pero al final de la sesión le ofrecí impulsivamente cambiar la hora de su próxima sesión para que le resultara más conveniente a ella. Por lo general tenía que dejar antes el trabajo para venir y esta vez le ofrecí verla antes del trabajo, a la mañana temprano.

La intervención no suministró el alivio que había esperado pero, no obstante, resultó útil. Recuerden el principio terapéutico fundamental de que todo es aprovechable. En este ejemplo la paciente sintió desconfianza y se sintió amenazada por mi ofrecimiento. Estaba convencida de que no quería verla, de que la hora que pasábamos juntos era para mí la peor de la semana y que estaba cambiando el horario de su sesión para mi conveniencia, no la suya. Eso nos llevó al territorio fértil de su autodesprecio y la proyección en mí del odio que sentía por sí misma.

Capítulo 11

El acto terapéutico, no la palabra terapéutica

Aproveche toda oportunidad que se presente de aprender de sus pacientes. Tómese la costumbre de indagar sus puntos de vista sobre lo que le resulta más provechoso del proceso terapéutico. Anteriormente hice hincapié en el hecho de que los terapeutas y los pacientes no concuerdan a menudo en sus conclusiones sobre los aspectos útiles de la terapia. Los puntos de vista del paciente sobre los hechos provechosos de la terapia son en general relacionales y casi siempre implican algún acto del terapeuta que excedió el marco de la terapia o algún ejemplo gráfico de su consistencia y presencia. Por ejemplo, un paciente mencionó mi buena disposición a verlo incluso después de haberme informado por teléfono que estaba engripado. (Hacía poco que el terapeuta de su pareja, temiendo el contagio, había cortado de golpe una sesión cuando éste empezó a estornudar y a toser.) Otra paciente que estaba convencida de que en última instancia terminaría por abandonarla debido a sus ataques crónicos de furia, me dijo al final de la terapia que la intervención mía que más la había ayudado, había sido la regla de programar una sesión extra de manera automática cada vez que ella tenía un acceso de enojo conmigo.

En otra retroalimentación de fin de terapia una paciente citó un incidente de cuando, en una sesión justo antes de que me fuera de viaje, ella me había entregado un cuento que había escrito y yo le había enviado unas líneas para decirle cuánto me había gustado. La carta era una evidencia

concreta de mi interés y mi cuidado y el releerla le brindó mucho apoyo durante mi ausencia. Controlar por teléfono el estado de un paciente suicida o muy angustiado lleva poco tiempo y es sumamente importante para él. Una paciente, una cleptómana compulsiva que ya había estado en prisión, me dijo que el gesto más importante durante todo el largo tiempo de terapia fue un llamado telefónico de apoyo que le hice cuando me hallaba fuera de la ciudad durante la época de compras previa a la Navidad, una época en la que por lo general se descontrolaba. Sintió que no podía ser tan desagradecida como para robar cuando yo me había tomado la molestia de demostrarle mi preocupación. Si los terapeutas temen promover la dependencia, pueden pedirle al paciente que participe en planear una estrategia para que puedan recibir más apoyo durante los períodos críticos.

En otra ocasión la misma paciente estaba robando en los negocios de manera compulsiva, pero había cambiado tanto su comportamiento que ahora robaba cosas de poco valor, por ejemplo, caramelos o cigarrillos. Su explicación para robar era, como suele ocurrir, que necesitaba equilibrar el presupuesto de su familia. Esta creencia era abiertamente irracional: primero, era rica (pero rehusaba familiarizarse con las propiedades de su marido); segundo, el monto que ahorraba robando era mínimo.

—¿Qué puedo hacer para ayudarla? —le pregunté—. ¿Cómo podemos ayudarla a superar la sensación de que es pobre?

—Podríamos empezar porque usted me dé dinero —dijo maliciosamente.

De inmediato saqué mi billetera y le di sus cincuenta dólares en un sobre con instrucciones de sacar de allí el valor del objeto que estuviera por robar. En otras palabras, iba a robarme a mí en vez de hacerlo al comerciante. La intervención le permitió cortar de golpe el ataque compulsivo que le había hecho perder el control y un mes después me

devolvió los cincuenta dólares. Desde ese momento en adelante nos referíamos al incidente cada vez que utilizaba la explicación de la pobreza.

Un colega me dijo que una vez había tratado a una bailarina que le dijo al final de la terapia que el acto más significativo de todo el tratamiento había sido el haber asistido a uno de sus espectáculos. Otra paciente, al final de la terapia, citó mi predisposición a realizar terapia del aura. Ella, una creyente de los conceptos de la *New Age*, entró un día en mi consultorio convencida de que se sentía enferma por una grieta en su aura. Se recostó en la alfombra, seguí sus instrucciones e intenté curar la grieta pasando la mano desde la cabeza a los pies a unos pocos centímetros por arriba de su cuerpo. A menudo yo había expresado mi escepticismo respecto de diferentes enfoques de la *New Age* y ella consideró el hecho de que yo accediera a su petición como un signo de respeto cariñoso.

Capítulo 12

Haga terapia usted también

Para mi modo de ver, hacer terapia uno mismo es, de lejos, la parte más importante de la formación de un psicoterapeuta. Pregunta: ¿Cuál es el instrumento más importante del terapeuta? Respuesta (y nadie puede equivocarse en esto); uno mismo. Discutiré la razón y la técnica del uso que hace el terapeuta de sí mismo desde muchas perspectivas a lo largo de este libro. Comencemos sencillamente con la afirmación de que los terapeutas deben mostrar el rumbo a sus pacientes a través del modelo de su propia persona. Debemos demostrar nuestra buena voluntad para entrar en una profunda intimidad con nuestros pacientes, un proceso que requiere que seamos expertos en extraer información de la mejor fuente de datos confiables acerca del paciente: nuestros propios sentimientos.

Los terapeutas deben estar familiarizados con su propio lado oscuro y ser capaces de empatizar con todos los deseos e impulsos humanos. Una experiencia terapéutica personal permite al estudiante de terapia experimentar muchos aspectos del proceso terapéutico desde el lugar del paciente: la tendencia a idealizar al terapeuta, el anhelo de dependencia, la gratitud hacia quien escucha con atención y cariño, el poder otorgado al terapeuta. Los jóvenes terapeutas deben trabajar sus propias cuestiones neuróticas; deben aprender a aceptar la retroalimentación que hay en toda relación, a descubrir sus propios puntos ciegos y a verse a sí mismos como los otros los ven; deben calcular el impacto que tienen en los demás y aprender a brindar una retroali-

mentación exacta. Por último, la psicoterapia es un trabajo muy exigente desde el punto de vista psicológico y los terapeutas deben desarrollar la conciencia y la fuerza interior necesarias para lidiar con los muchos riesgos laborales inherentes a esta profesión.

Muchos programas de formación insisten en que los terapeutas hagan un curso de terapia personal; por ejemplo, algunas escuelas de psicología de California exigen de dieciséis a treinta horas de terapia individual. Es un buen comienzo, pero sólo un comienzo. La autoexploración es un proceso que dura toda la vida y recomiendo que la terapia sea lo más profunda y prolongada posible, y que el terapeuta haga terapia en distintas etapas de su vida.

Mi propia odisea de terapia a lo largo de una carrera de cuarenta y cinco años es como sigue: un psicoanálisis freudiano ortodoxo de setecientas cincuenta horas, cinco veces a la semana en mi residencia psiquiátrica (con un analista docente de la conservadora Baltimore Washington School), un año de análisis con Charles Rycroft (un analista de la "escuela media" del British Psychoanalitic Institute), dos años con Pat Baumgartner (un terapeuta gestáltico), tres años de psicoterapia con Rollo May (un analista con orientación interpersonal y existencial del William Alanson White Institute) y numerosos trabajos más breves con terapeutas de distintas disciplinas, incluyendo terapia conductista, bioenergética, Rolfing, trabajo con matrimonios y parejas, un grupo de apoyo sin coordinador para terapeutas varones con diez años de profesión que aún dura (al momento de escribir) y en los sesenta, grupos de encuentro de toda una rica gama de gustos, incluyendo un grupo de maratón nudista.

Noten dos aspectos de esta lista. Primero, la *diversidad de enfoques*. Es importante que el terapeuta joven evite el sectarismo y pueda apreciar la eficacia de los distintos enfoques terapéuticos. Aunque los estudiantes deban sacrificar la certeza que acompaña a la ortodoxia, obtendrán a

cambio algo muy valioso: una mayor apreciación de la complejidad y la incertidumbre que subyace al trabajo terapéutico.

Creo que no hay un modo mejor de aprender acerca de un determinado enfoque terapéutico que entrando en él como paciente. De allí que haya considerado un período de malestar en mi vida como una oportunidad educacional para explorar lo que los distintos enfoques tienen para ofrecer. Naturalmente, el tipo particular de malestar tiene que coincidir con el método; por ejemplo, la terapia conductista se adecua mejor para tratar un síntoma concreto, de allí que haya recurrido a este tipo de terapia para tratar el insomnio que padecía cuando viajaba a dar conferencias o talleres.

En segundo lugar, empecé terapia en muchas etapas distintas de mi vida. Más allá de que uno pueda llevar a cabo una terapia excelente y extensa al inicio de la carrera, en diferentes momentos del ciclo de la vida podrá aparecer todo un conjunto distinto de temas. Cuando empecé a trabajar más de lleno con pacientes terminales (en mi cuarta década), empecé a experimentar una ansiedad explícita y considerable ante la muerte. A nadie le agrada la ansiedad —y a mí menos que a nadie—, pero acepté de buena gana esa oportunidad para explorar este territorio interior con un buen terapeuta. Además, en ese momento estaba embarcado en la escritura de un libro, *Psicoterapia existencial*, y sabía que la profunda exploración personal ampliaría mi conocimiento de los temas existenciales. Y así comencé un período fructífero e iluminador de terapia con Rollo May.

Muchos programas formativos ofrecen, como parte del currículum, grupos de formación "experienciales", es decir, grupos enfocados en su propio proceso. Estos grupos tienen mucho para enseñar, aunque a menudo son provocadores de ansiedad en los participantes (y tampoco son fáciles para los coordinadores puesto que tienen que lograr

manejar la competitividad de los miembros y sus complejas relaciones). Creo que por lo general los psicoterapeutas jóvenes sacarán incluso más provecho de un grupo experiencial "extraño" o, mejor aún, un grupo ya formado de psicoterapia de alto funcionamiento. Sólo siendo miembro de un grupo se pueden apreciar verdaderamente fenómenos tales como la presión de grupo, el alivio de la catarsis, el poder inherente al coordinador, el proceso penoso pero valioso de obtener una retroalimentación válida por la propia presentación interpersonal. Por último, si usted tiene la suerte de estar en un grupo cohesivo y trabajador, le aseguro que jamás lo olvidará e intentará brindar esa experiencia terapéutica grupal a sus futuros pacientes.

Capítulo 13

El terapeuta tiene muchos pacientes; el paciente, un solo terapeuta

Hay veces en que mis pacientes lamentan la desigualdad de la situación psicoterapéutica. Ellos piensan en mí mucho más de lo que yo pienso en ellos. Mi figura ocupa un lugar mucho más grande en sus vidas del que la de ellos ocupa en la mía. Si los pacientes pudieran preguntar lo que quisieran, estoy seguro de que muchos harían la siguiente pregunta: ¿Piensa alguna vez en mí?

Hay muchas maneras de encarar esta situación. Por empezar, no olvide que aunque para muchos pacientes la desigualdad puede resultar irritante, es a la vez primordial y necesaria. Los terapeutas realmente *queremos* ocupar un lugar destacado en la mente del paciente. Freud una vez señaló lo importante que es que el terapeuta ocupe un lugar especial en la mente del paciente de manera que las interacciones entre éste y aquél comiencen a influir en el curso de su sintomatología (es decir, que la psiconeurosis sea gradualmente reemplazada por una neurosis de transferencia). Queremos que la hora de terapia sea uno de los hechos más importantes de la vida del paciente.

Aunque no es nuestro objetivo eliminar todos los poderosos sentimientos que el paciente experimenta hacia el terapeuta, hay veces en que los sentimientos de transferencia son demasiado disfóricos, veces en que el paciente está tan atormentado por los sentimientos que el terapeuta despierta en él, que se hace necesario algún tipo de descompresión. En ese caso me inclino por aumentar la prueba de realidad

de esos sentimientos haciendo un comentario sobre la crueldad inherente a la situación terapéutica —la naturaleza básica del acuerdo determina que el paciente piense más en el terapeuta que viceversa: el paciente tiene un solo terapeuta mientras que el terapeuta tiene muchos pacientes—. A menudo me resulta útil la analogía con los maestros y señalo que éstos tienen muchos alumnos pero los alumnos tienen un solo maestro y, por supuesto, los alumnos piensan más en él que él en sus alumnos. Si el paciente ha tenido algún tipo de experiencia en la docencia, esto puede resultar particularmente relevante. También se pueden citar otras profesiones pertinentes, por ejemplo, el médico, la enfermera, un supervisor.

Otra ayuda que he utilizado a menudo es la de referirme a mi experiencia personal como paciente de psicoterapia, diciendo algo como: "Sé que uno siente que es injusto tener conversaciones conmigo entre sesiones, sabiendo que yo no hablo del mismo modo en la fantasía con usted. Pero ésa es simplemente la naturaleza del proceso. Yo tuve la misma experiencia durante mi propia terapia, cuando me sentaba en la silla del paciente y anhelaba que mi analista pensara más en mí".

Capítulo 14

El "aquí y ahora": úselo, úselo, úselo

El "aquí y ahora" es la fuente principal de poder terapéutico, la mina de oro de la terapia, el mejor amigo del terapeuta (y también del paciente). El "aquí y ahora" es tan vital para la terapia que hablaré de él más extensamente que de cualquier otro aspecto en este libro.

El "aquí y ahora" se refiere a los acontecimientos inmediatos de la sesión terapéutica, a lo que está ocurriendo aquí (en este consultorio, en esta relación, en el espacio particular entre usted y yo) y ahora, en los minutos de esta sesión inmediata. Es básicamente un enfoque ahistórico y *des-enfatiza* (pero *no niega la importancia de*) la historia pasada o los acontecimientos de la vida exterior del paciente.

Capítulo 15

¿Por qué usar el "aquí y ahora"?

La razón por la cual usar el "aquí y ahora" reposa sobre un par de supuestos básicos: 1) la importancia de las relaciones interpersonales y 2) la idea de la terapia como un microcosmos social.

Para el científico social y para el terapeuta contemporáneo las relaciones interpersonales son tan obvia y monumentalmente importantes que machacar sobre el asunto es correr el riesgo de predicar a los conversos. Baste decir que más allá de nuestra perspectiva profesional —sea que estudiemos a nuestros parientes no humanos, los primates, las culturas primitivas, la historia del desarrollo individual o los patrones de la vida moderna—, es evidente que somos criaturas intrínsecamente sociales. A lo largo de toda la vida, el ambiente interpersonal que nos rodea —pares, amigos, maestros, así como también la familia— tiene una enorme influencia sobre la clase de individuos que somos. Nuestra autoimagen se formula en gran medida apoyada en las valoraciones reflejadas que percibimos en los ojos de las personas importantes de nuestra vida.

Además, la gran mayoría de los individuos que se acercan a la terapia tienen problemas básicos en sus relaciones; en términos generales, la gente se hunde en la desesperación debido a su incapacidad de formar y mantener relaciones interpersonales duraderas y gratificantes. La psicoterapia basada en el modelo interpersonal está dirigida a quitar los obstáculos que imposibilitan las relaciones satisfactorias.

El segundo postulado —la terapia es un microcosmos social— significa que eventualmente (siempre y cuando no lo estructuremos demasiado) los problemas interpersonales del paciente se manifestarán en el "aquí y ahora" de la relación terapéutica. Si en su vida el paciente es demandante o temeroso o arrogante o tímido o seductor o controlador o crítico o inadaptado interpersonalmente de cualquier otro modo, entonces estos rasgos entrarán en la relación del paciente con el terapeuta. Repito que este enfoque es básicamente ahistórico: casi no hace falta indagar extensamente en la historia para captar la naturaleza de los patrones de mala adaptación, porque muy pronto se exhibirán claramente en el "aquí y ahora" de la sesión de terapia.

Para resumir, la razón por la cual usar el "aquí y ahora" es que los problemas humanos son en gran medida relacionales y por lo tanto los problemas interpersonales de un individuo terminarán por manifestarse en el "aquí y ahora" del encuentro terapéutico.

Capítulo 16

La utilización del "aquí y ahora": desarrolle grandes orejas de conejo

Uno de los primeros pasos en la terapia es identificar los equivalentes de los problemas interpersonales de su paciente en el "aquí y ahora". Una parte esencial de su formación es aprender a enfocarse en el "aquí y ahora". Debe desarrollar grandes orejas de conejo para el "aquí y ahora". Los hechos cotidianos de cada sesión de terapia son ricos: preste atención a cómo lo saluda su paciente, cómo toma asiento, cómo inspecciona o deja de inspeccionar el entorno, cómo comienza y termina la sesión, cómo cuenta su historia, cómo se relaciona con usted.

Mi consultorio está en una casa separada de la mía unos treinta metros por un caminito de jardín sinuoso. Como todos los pacientes deben atravesar el jardín, a lo largo de los años fui acumulando muchos datos comparativos. La mayoría de los pacientes hace algún comentario sobre el jardín —los profusos florecimientos de lavanda; la fragancia dulce y fuerte de la glicina; el derroche de púrpura, rosa, coral y carmín—, pero otros no. Uno nunca dejaba de hacer algún comentario negativo; el barro del caminito, la necesidad de que hubiese una baranda para los días de lluvia, o el ruido de la sopladora de hojas de la casa de al lado. A todos los nuevos pacientes les doy las mismas indicaciones de cómo llegar a mi consultorio por primera vez: Tome la calle x medio kilómetro hasta pasar la calle xx, doble a la derecha en la avenida xxx en cuya esquina hay un cartel de Fresca (un excelente restaurante de la zona). Algunos pa-

cientes hacen algún comentario sobre las indicaciones, otros no. Un paciente en particular (el mismo que se quejaba del barro del caminito) me preguntó desafiante en una de las primeras sesiones: "¿Cómo es que eligió Fresca como indicación en vez de Taco Tío?" (Taco Tío es un feísimo restaurante mexicano para comidas al paso en la esquina de enfrente).

Desarrolle grandes orejas de conejo, no olvide este principio: *un estímulo, muchas reacciones*. Si se exponen varios individuos a un estímulo complejo común, es muy probable que tengan respuestas distintas. Este fenómeno es particularmente evidente en terapia de grupo, en la que distintos miembros experimentan simultáneamente el mismo estímulo —por ejemplo, el llanto de uno de los miembros, o una llegada tarde o la confrontación con el terapeuta— y sin embargo cada uno de ellos responde a ese mismo hecho de manera diferente.

¿Por qué sucede eso? Hay una sola explicación posible: *cada individuo tiene un mundo interno diferente y el estímulo tiene un significado distinto para cada uno*. En terapia individual prevalece el mismo principio, sólo que los hechos ocurren secuencialmente en vez de simultáneamente (es decir, muchos pacientes de un terapeuta están, a lo largo del tiempo, expuestos al mismo estímulo. La terapia es como un test Rorschach viviente: los pacientes proyectan en ella percepciones, actitudes y significados desde su propio inconsciente).

Personalmente, desarrollo ciertas expectativas básicas porque todos mis pacientes se encuentran con la misma persona (suponiendo que yo sea razonablemente estable), reciben las mismas indicaciones de cómo llegar a mi consultorio, entran en el mismo cuarto con los mismos muebles. Así la respuesta idiosincrásica del paciente resulta profundamente informativa, una *via regia* que nos permite entender el mundo interior del paciente.

Cuando se rompió el picaporte de la puerta mosquitero del consultorio, impidiendo de ese modo que la puerta cerrara bien, mis pacientes respondieron de muchas maneras. Una se la pasaba forcejeando religiosamente un buen rato y todas las semanas se disculpaba como si ella misma lo hubiese roto. Muchos lo ignoraban mientras que otros nunca dejaban de señalar el defecto y sugerían que debería arreglarlo. Algunos se preguntaban por qué tardaba tanto en hacerlo.

Incluso la banal caja de pañuelos de papel puede ser una rica fuente de información. Una paciente se disculpaba si movía ligeramente la caja cuando extraía un pañuelo. Otro paciente rehusaba tomar uno si era el último de la caja. Otra no dejaba que yo le alcanzara uno, diciendo que podía hacerlo ella sola. Una vez que me había olvidado de reponer la caja vacía, un paciente bromeó con el incidente durante semanas ("Así que se acordó esta vez", o "¡Una caja nueva! Debe de estar esperando una sesión difícil hoy"). Otro me trajo como regalo dos cajas.

La mayoría de los pacientes han leído algunos de mis libros y sus respuestas a ellos constituyen una rica fuente de material. Algunos se sienten intimidados por el hecho de que haya escrito tanto. Otros expresan la preocupación de no resultarme interesantes. Un paciente me dijo que leyó un libro mío de a pedacitos en la librería y que no quería comprarlo porque ya "había dado una donación en el consultorio". Otros, que presuponen una economía de escasez, odian mis libros porque mis descripciones de relaciones estrechas con otros pacientes les sugieren que quedará poco amor para ellos.

Además de las respuestas al entorno del consultorio, los terapeutas tienen una variedad de otros puntos de referencia estándares (por ejemplo, los comienzos y los finales de cada sesión, el pago de los honorarios) que generan datos comparativos. Y luego, por supuesto, está el instrumento

más elegante y complejo de todos, el Stradivarius de la práctica psicoterapéutica: uno mismo. Más adelante diré muchas más cosas sobre el uso y cuidado de este instrumento del terapeuta.

Capítulo 17

Busque los equivalentes del "aquí y ahora"

¿Qué debe hacer un analista cuando un paciente saca un tema que implica una interacción infeliz con otra persona? Por lo general los terapeutas exploran la situación con gran profundidad y tratan de ayudar al paciente a entender su rol dentro de la transacción, a investigar las opciones de comportamientos alternativos, a estudiar la motivación inconsciente, a tratar de adivinar la motivaciones de la otra persona y a buscar patrones, es decir, situaciones similares que el paciente haya creado en el pasado.

Esta estrategia tradicional tiene limitaciones: no sólo el trabajo tiende a intelectualizarse sino que muy a menudo se basa en datos inexactos suministrados por el paciente.

El "aquí y ahora" ofrece una manera de trabajar mucho mejor. La estrategia general es encontrar un equivalente en el "aquí y ahora" de la interacción disfuncional. Una vez hecho esto, el trabajo se vuelve más exacto e inmediato. Algunos ejemplos:

Keith y los rencores permanentes. Keith, un paciente de mucho tiempo y un psicoterapeuta en ejercicio, relató una interacción muy cáustica con su hijo adulto. El hijo, por primera vez, decidió hacer los arreglos para el viaje anual de campamento y pesca de la familia. Aunque complacido con la adultez de su hijo y con verse aliviado de la carga, Keith no logró soltar el control y cuando intentó pasar por

encima de los planes de su hijo e insistir enérgicamente sobre una fecha un poco anterior y un lugar diferente, su hijo explotó llamándolo invasivo y controlador. Keith estaba devastado y completamente convencido de que había perdido para siempre el amor y el respeto de su hijo.

¿Cuál era mi tarea en esa situación? Una tarea de largo alcance, a la que volveríamos en el futuro, fue explorar la incapacidad de Keith para soltar el control. Otra más inmediata fue ofrecer consuelo y asistir a Keith a restablecer el equilibrio. Traté de ayudar a Keith a tomar perspectiva de modo que pudiera comprender que este contratiempo no era más que un episodio fugaz en el horizonte de toda una vida de interacciones de amor con su hijo. Consideré ineficaz analizar en gran detalle y con profundidad este episodio entre Keith y su hijo, a quien yo no conocía y cuyos verdaderos sentimientos sólo podía conjeturar. Era mucho mejor, pensé, identificar y trabajar por medio de un equivalente del "aquí y ahora" de ese hecho desestabilizante.

¿Pero qué hecho del "aquí y ahora"? Es ahí cuando se necesitan las grandes orejas de conejo. Casualmente hacía poco había derivado a Keith un paciente que después de un par de sesiones no había vuelto. Keith había experimentado una gran ansiedad con respecto a perder a ese paciente y estuvo atormentado por mucho tiempo antes de poder "confesarlo" en la sesión anterior. Keith estaba convencido de que lo juzgaría con dureza, que no le perdonaría haber fallado y que nunca le volvería a derivar un paciente. Notemos la equivalencia simbólica de estos dos hechos: tanto en uno como en otro, Keith presupuso que un solo acto lo mancillaría para siempre a los ojos de alguien que estimaba.

Elegí tratar el episodio del "aquí y ahora" por su mayor inmediatez y precisión. Yo era el sujeto de la aprensión de Keith y podía acceder a mis sentimientos en vez de tener que limitarme a conjeturar sobre los de su hijo. Le dije que me estaba interpretando mal por completo, que yo no tenía

ninguna duda sobre su sensibilidad y compasión y que estaba seguro de que realizaba un excelente trabajo clínico. Era impensable para mí ignorar toda la larga experiencia con él sobre la base de este único episodio y le dije que le derivaría más pacientes en el futuro. En un análisis final, estoy convencido de que este trabajo terapéutico sobre el "aquí y ahora" fue mucho más poderoso de lo que habría sido una investigación sobre el "allí y entonces" de la crisis con su hijo y de que él recordaría nuestro encuentro mucho después de haber olvidado cualquier análisis intelectual del episodio con su hijo.

Alice y la grosería. Alice, una viuda de sesenta años, que busca desesperadamente un nuevo marido, se quejó de una serie de relaciones frustradas con hombres que con frecuencia desaparecían de su vida sin dar ninguna explicación. En nuestro tercer mes de terapia realizó un crucero con su último cortejante, Morris, quien expresó su desazón por su costumbre de regatear precios, su desvergonzada manera de ponerse primera en la fila a empujones y de correr para conseguir los mejores asientos en los autobuses de las excursiones. Después del viaje Morris desapareció y rehusó contestarle las llamadas.

En vez de embarcarme en un análisis de su relación con Morris, recurrí a mi propia relación con Alice. Yo estaba consciente de que también quería escaparme y tenía placenteras fantasías en las que ella me anunciaba que había decidido dejar la terapia. Aunque descaradamente (y con éxito) había negociado unos honorarios de terapia considerablemente más bajos, seguía diciéndome lo injusto que era que le cobrara tanto. Jamás dejó de hacer algún comentario sobre los honorarios, sobre si los había ganado con mi trabajo ese día o acerca de mi reticencia a darle siquiera un arancel para jubilados. Además, presionaba para tener

tiempo extra sacando temas urgentes justo al final de la sesión o dándome cosas para leer ("durante su propio tiempo", como me decía): su diario de sueños; artículos sobre la viudez, sobre el valor terapéutico de llevar un diario, o la falacia de las creencias de Freud. Sobre todo carecía de delicadeza y, del mismo modo que había hecho con Morris, había convertido nuestra relación en algo vulgar y grosero. Sabía que este "aquí y ahora" era sobre lo que teníamos que trabajar y la sutil exploración de la manera en que ella había vulgarizado nuestra relación resultó tan útil que meses más tarde un caballero mayor recibió totalmente perplejo sus llamadas de disculpa.

Mildred y la falta de presencia. Mildred había padecido abuso sexual de chica y tenía tanta dificultad en su relación física con su marido que su matrimonio estaba en peligro. En cuanto su marido la tocaba sexualmente, comenzaba a revivir sucesos traumáticos del pasado. Este paradigma volvía muy difícil trabajar sobre la relación con su marido porque exigía que primero se liberase del pasado, un proceso que la intimidaba.

Al examinar la relación del "aquí y ahora" entre nosotros dos, pude apreciar muchas similitudes entre la manera en que se relacionaba conmigo y la manera en que se relacionaba con su marido. A menudo me sentía ignorado en las sesiones. Aunque era muy buena contando historias y tenía la capacidad de entretenerme durante largo tiempo, me resultaba difícil estar "presente" con ella, es decir, unido, comprometido, cerca de ella, con una cierta sensación de reciprocidad. Ella divagaba, nunca me preguntaba nada acerca de mí, parecía tener poca curiosidad sobre mi experiencia durante la sesión, nunca estaba "ahí" relacionándose conmigo. Poco a poco, a medida que fui concentrándome en ese espacio intermedio entre ella y yo demarcado por

la relación, y en el grado de su ausencia y en cómo me sentía excluido por ella, Mildred empezó a darse cuenta del grado en el que exiliaba a su marido y un día comenzó una sesión diciendo: "Por alguna razón, no sé bien por qué, hice un gran descubrimiento: nunca miro a mi esposo a los ojos cuando hacemos el amor".

Albert y la rabia contenida. Albert, que viajaba más de una hora para venir a mi consultorio, a menudo experimentaba pánico en situaciones en que sentía que lo habían explotado. Sabía que estaba lleno de furia, pero no encontraba manera de expresarla. En una sesión describió un encuentro frustrante con una novia que, según él, estaba obviamente tomándole el pelo; sin embargo, lo paralizaba el temor a enfrentarla. Yo sentí que la sesión era muy repetitiva; habíamos pasado bastante tiempo en muchas sesiones discutiendo el mismo material y yo siempre sentía que le había brindado poca ayuda. Podía sentir su frustración conmigo: dio a entender que había hablado con muchos amigos que habían cubierto los mismos puntos y en última instancia le habían recomendado que le echara todo en cara y que cortara la relación. Traté de hablar por él:

—Albert, déjeme ver si puedo adivinar lo que está experimentando en esta sesión. Usted viaja una hora y me paga bastante dinero. Sin embargo parece que nos estamos repitiendo. Siente que no doy nada que sea muy valioso. Digo las mismas cosas que sus amigos, que las dicen gratis. Tiene que estar desilusionado, ya que se siente estafado y enojado conmigo por darle tan poco.

Hizo una pequeña sonrisa y reconoció que mi estimación era bastante exacta. Me había acercado bastante. Le pedí que lo repitiera con sus propias palabras. Lo hizo con

un cierto temblor, y yo respondí que, aunque no podía estar feliz de no haberle dado lo que quería, me agradaba mucho que declarara estas cosas directamente: era mejor ser sinceros entre nosotros y, de todos modos, él había estado transmitiendo esos sentimientos indirectamente. Todo el intercambio resultó muy provechoso para Albert. Sus sentimientos hacia mí eran análogos a sus sentimientos hacia su novia y la experiencia de expresarlo sin un resultado calamitoso fue poderosamente instructiva.

Capítulo 18

Trabajar mediante los temas del "aquí y ahora"

Hasta aquí hemos considerado cómo reconocer los problemas más importantes del paciente en el "aquí y ahora". Pero una vez cumplido ese objetivo, ¿cómo debemos proceder luego? ¿De qué manera podemos utilizar estas observaciones del "aquí y ahora" en el trabajo terapéutico?

Ejemplo. Volvamos a la escena descrita anteriormente: la puerta mosquitero con el picaporte roto y mi paciente que todas las semanas forcejea en vano un rato y siempre se disculpa, demasiadas veces, por no poder cerrar la puerta.

—Nancy —dije yo—, me llama la atención que me pida disculpas. Es como si el picaporte roto y mi desidia para hacerlo arreglar fuesen de algún modo culpa suya.
—Tiene razón. Lo sé. Y sin embargo lo sigo haciendo.
—¿Alguna corazonada de por qué?
—Creo que tiene que ver con lo importante que es usted y lo importante que es la terapia para mí y asegurarme de que no lo ofendo de ninguna manera.
—Nancy, ¿puede imaginar cómo me siento cada vez que se disculpa?
—Probablemente le resulte irritante.
Yo asiento con la cabeza.
—No puedo negarlo. Pero usted lo dijo muy rápidamente, como si para usted se tratase de una experiencia familiar. ¿Esto tiene alguna historia detrás?

—Ya me lo han dicho antes, muchas veces —dice—. A mi esposo lo vuelve loco. Sé que resulta irritante para mucha gente y sin embargo lo sigo haciendo.
—De modo que bajo la apariencia de disculparse y ser cortés, termina irritando a los demás. Además, incluso sabiendo que es así, le resulta difícil dejar de hacerlo. Usted debe obtener alguna clase de recompensa. Me pregunto cuál.

Esa entrevista y las sesiones subsiguientes desplegaron una variedad de direcciones fructíferas, particularmente en el área de su rabia con todo el mundo: con su marido, sus padres, sus hijos y conmigo. Meticulosa en sus costumbres, terminó por revelar cuánto le fastidiaba que la puerta estuviera rota. Y no sólo la puerta sino también mi desordenado escritorio, lleno de pilas desprolijas de libros. También declaró que estaba muy impaciente conmigo por no avanzar más rápido en el trabajo con ella.

Ejemplo. Tras varios meses de terapia, Louise, una paciente muy crítica de mi persona —de los muebles del consultorio, de la mala combinación de colores, del desorden general de mi escritorio, de mi ropa, de la informalidad y lo incompleto de las facturas que entrego—, me contó de una nueva relación romántica que había iniciado. Durante el curso de su relato comentó:

—Bueno, a regañadientes, debo admitir que estoy mejorando.
—Me sorprende su expresión "a regañadientes". ¿Por qué a regañadientes? Parece que le cuesta decir cosas positivas acerca de mí y de nuestro trabajo juntos. ¿Qué sabe usted de eso?
No responde. Silenciosamente niega con la cabeza.

—Sólo piense en voz alta, Louise, lo primero que se le ocurra.
—Bueno, se le va a subir a la cabeza. No lo puedo permitir.
—Siga.
—Va a ganar. Y yo voy a perder.
—¿Ganar, perder? ¿Estamos en una batalla? ¿Y por qué es la batalla? ¿Y qué guerra hay detrás de esta batalla?
—No lo sé. Es sólo una parte mía que siempre ha estado ahí, siempre burlándose de la gente, buscando el lado malo, viéndolos sentados sobre una pila de su propia mierda.
—¿Y conmigo? Estoy pensando en lo crítica que es de mi consultorio. Y también del caminito. Nunca deja de mencionar el barro, pero jamás menciona las flores.
—Pasa todo el tiempo con mi novio: me trae regalos y no puedo dejar de prestar atención a lo descuidado que fue con el paquete. La semana pasada nos peleamos porque me cocinó un pan casero y yo hice un comentario molesto sobre una puntita de la corteza que estaba un poco quemada.
—Usted siempre da voz a esa parte de usted y deja callada la otra: la parte que valora que él le haya cocinado un pan, la parte que me valora y me quiere. Louise, vuelva al principio de esta discusión: su comentario de que admitía a "regañadientes" que estaba mejor. Dígame, ¿qué pasaría si liberara su parte positiva y hablara lo más directamente posible sin el "a regañadientes"?
—Veo tiburones dando vueltas en círculo.
—Sólo piense en hablarme a mí. ¿Qué imagina?
—Que le doy un beso en los labios.

Durante varias sesiones después de esto exploramos sus temores a la cercanía, a necesitar demasiado, a los anhelos insatisfechos e insaciables, a su amor por su padre, y a sus

temores de que yo saliese corriendo si realmente supiese todo lo que quería de mí. Nótese que, en este corto bosquejo, utilicé como fuente incidentes que habían ocurrido en el pasado, en algún momento previo de la terapia. El trabajo con el "aquí y ahora" no es estrictamente ahistórico, dado que puede incluir cualquier acontecimiento que haya ocurrido a lo largo de nuestra relación con el paciente. Como dijo Sartre: "La introspección es siempre una retrospección".

Capítulo 19

El "aquí y ahora" vigoriza la terapia

Trabajar con el "aquí y ahora" es siempre más estimulante que trabajar con un enfoque más abstracto o histórico. Esto es particularmente evidente en terapia de grupo. Consideremos, por ejemplo, un episodio histórico sobre el trabajo de grupo. En 1946, el estado de Connecticut patrocinó un taller para tratar las tensiones raciales en el puesto de trabajo. Grupos pequeños coordinados por el eminente psicólogo Kurt Lewin y un equipo de psicólogos sociales iniciaron una discusión sobre los problemas que los participantes tenían en sus hogares. Los coordinadores y los observadores de los grupos (sin sus miembros) tenían reuniones nocturnas posgrupos en las que analizaban no sólo el contenido sino también el "proceso" de las sesiones. (*Nota bene:* El contenido se refiere a las palabras y conceptos reales expresados. El "proceso" se refiere a *la naturaleza* de la relación entre los individuos que expresan las palabras y los conceptos.)

Se corrió la voz sobre estas reuniones nocturnas del personal profesional y dos días después los miembros solicitaron asistir a las mismas. Después de mucha vacilación (tal procedimiento era por completo nuevo) se otorgó la aprobación y los miembros de los grupos pudieron observarse a sí mismos como objeto de las discusiones que se llevaban a cabo entre los coordinadores y los investigadores.

Hay varios informes publicados de esta sesión crucial en la que se descubrió la importancia del "aquí y ahora". Todos estuvieron de acuerdo en que la reunión fue electri-

zante; los miembros estaban fascinados de oír discutir sobre sus dichos y sus comportamientos. Al poco tiempo no pudieron permanecer más en silencio y lanzaron comentarios tales como "No, no fue eso lo que dije", o "cómo lo dije" o "lo que quise decir". Los científicos sociales se dieron cuenta de que habían tropezado con un importante axioma para la educación (y también para la terapia), a saber: que la mejor manera de aprender sobre nosotros mismos y nuestro comportamiento es a través de la participación personal en interacción combinada con la observación y el análisis de la interacción.

En terapia grupal la diferencia entre un grupo que discute los problemas de los miembros en sus hogares y un grupo que se ocupa del "aquí y ahora" —es decir, de la discusión sobre su propio proceso— es muy evidente: el grupo del "aquí y ahora" tiene más energía, los miembros están activamente comprometidos y siempre acotarán, si se les interroga (sea a través de entrevistas o mediante instrumentos de investigación), que el grupo cobra vida cuando se concentra en el proceso.

En los laboratorios de grupos de dos semanas de duración llevados a cabo por décadas en Bethel, Maine, pronto se hizo evidente para todos que el poder y la atracción de los grupos de procesos —primero llamados grupos de formación de la sensibilidad (es decir de la sensibilidad interpersonal), luego "Grupos T"* y más tarde también "grupos de encuentro"(un término de Carl Rogers)— de inmediato ensombrecieron a otros grupos que ofrecía el laboratorio (por ejemplo, grupos de teoría, grupos de aplicación, o grupos para la solución de problemas) en términos del interés y del entusiasmo de los miembros. De hecho, a menudo se dijo que los Grupos T "se tragaron al resto del laboratorio". La gente quie-

* T por *training* (formación, entrenamiento). (*N del T.*)

re interactuar con los otros, se entusiasma con dar y recibir una retroalimentación directa, anhela saber cómo la ven los demás, quiere deshacerse de sus fachadas e intimar.

Hace muchos años, cuando estaba tratando de desarrollar un modo más efectivo de dirigir grupos de terapias breves en la sala de pacientes agudos, visité una docena de hospitales en todo el país y vi que todos los grupos eran ineficaces —y precisamente por la misma razón—. Cada reunión de grupo tenía un formato de "turnos" o por "orden de anotación" que consistía en la discusión secuencial por parte de los miembros de algún acontecimiento del "allí y entonces" —por ejemplo, experiencias alucinatorias o antiguas inclinaciones suicidas o la razón de su hospitalización— mientras los otros miembros escuchaban en silencio y a menudo desinteresadamente. Al final, formulé, en un texto sobre terapia de grupo para pacientes hospitalizados, un enfoque a partir del "aquí y ahora" para pacientes con trastornos agudos que, según creo, incrementó ampliamente el grado de participación activa de los miembros.

La misma observación vale para la terapia individual. La terapia recibe indefectiblemente una dosis de energía cuando se centra en la relación entre el paciente y el terapeuta. *Terapia a dos voces* describe un experimento en el que una paciente y yo escribimos resúmenes de las sesiones de terapia. Era sorprendente notar que, cada vez que leíamos y discutíamos las observaciones del otro —es decir, cada vez que nos centrábamos en el "aquí y ahora"—, las siguientes sesiones de terapia cobraban vida.

Capítulo 20

Utilice sus propios sentimientos como información

Una de las tareas más importantes de la terapia es prestar atención a nuestros sentimientos más inmediatos, dado que representan datos de mucho valor.

Si en la sesión se siente aburrido, irritado, confundido, excitado sexualmente o excluido por su paciente, considere esos sentimientos como una fuente importante de información. Precisamente por esto hago hincapié en que los terapeutas también hagan terapia. Si uno desarrolla un conocimiento profundo de sí mismo, elimina la mayoría de los puntos ciegos y tiene una buena base de experiencia como paciente, comenzará a distinguir cuánto del aburrimiento o la confusión es suya y cuánto producto del paciente. Es importante hacer esa distinción porque si es el paciente quien evoca su aburrimiento en la sesión de terapia, entonces podemos suponer con bastante seguridad que también resulta aburrido para otros en otras situaciones.

De modo que en vez de desanimarse por el aburrimiento, acéptelo de buena gana y busque una manera de volverlo una ventaja terapéutica. ¿Cuándo empezó? ¿Qué es lo que hace exactamente el paciente que le aburre? Cuando me enfrento con el aburrimiento tal vez diga algo de este estilo:

> —Mary, permítame que le diga algo. Noto que durante los últimos minutos me he sentido desconectado de usted, algo distanciado. No estoy seguro de por qué, pero sé que me siento más distante ahora que al principio de

la sesión cuando me estaba describiendo su sensación de no haber obtenido de mí lo que buscaba o la sesión pasada, cuando me habló más desde el corazón. Me pregunto cuál es su nivel de conexión conmigo hoy. Tratemos de entender qué está sucediendo.

Hace algunos años traté a Martin, un comerciante exitoso, que tenía que hacer un viaje de negocios el día de la terapia y me pidió que le cambiara el horario para otro día de la semana. No podía hacerlo sin perturbar mis horarios y le dije que tendríamos que perder la sesión y vernos a la hora de siempre la semana siguiente. Pero luego, cuando pensé al respecto, me di cuenta de que no habría dudado en modificar mis horarios por cualquier otro de mis pacientes.

¿Por qué no podía hacerlo por Martin? Era porque no sentía ganas de verlo. Había algo relacionado con su mezquindad que me había desgastado. Criticaba incesantemente mi persona, los muebles de mi consultorio, la falta de estacionamiento, mi secretaria, mis honorarios, y generalmente comenzaba la sesión refiriéndose a mis errores de la semana anterior.

Esta sensación mía de desgaste causada por Martin tenía vastas implicaciones. Inicialmente había empezado terapia debido a una serie de frustraciones en sus relaciones con las mujeres, ninguna de las cuales, según pensaba, le había dado lo suficiente: ninguna de ellas había estado nunca lo suficientemente bien dispuesta a compartir las cuentas de restaurantes o de almacén o a darle regalos de cumpleaños equivalentes en valor a los que él les había dado a ellas (no hay que olvidar que su ingreso era varias veces superior al de ellas). Cuando hacían viajes juntos, él insistía en que cada uno pusiese la misma cantidad de dinero en un "frasco de viaje" y que todos los gastos, incluyendo la nafta, el estacionamiento, el mantenimiento del auto, las propinas y hasta los diarios, fuesen pagados con ese dinero.

Además, se quejaba a menudo porque sus novias no cumplían con su parte del manejo, del planeamiento del viaje o del leer los mapas. Al final su falta de generosidad, su obsesión con la justicia absoluta y su infatigable crítica terminaban por agotar a la mujer que hubiese en su vida. ¡Y estaba haciendo exactamente lo mismo conmigo! Era un buen ejemplo de una profecía autocumplida: tenía tanto terror a que lo descuidaran que su comportamiento terminaba provocando exactamente eso. Fue el haber reconocido este proceso lo que me permitió evitar responder de manera crítica (es decir, tomarlo personalmente) y darme cuenta de que era un patrón que había repetido muchas veces y que, en el fondo, quería cambiar.

Capítulo 21

Sea cuidadoso al formular sus comentarios sobre el "aquí y ahora"

Hacer comentarios sobre el "aquí y ahora" es un aspecto muy particular de la relación terapéutica. Existen pocas situaciones humanas en las que se permita, y mucho menos *se aliente*, el hacer comentarios sobre la conducta inmediata del otro. Esto produce una sensación de liberación, incluso de exaltación; es precisamente por eso que la experiencia de los grupos de encuentro fue tan exitosa. Pero uno también siente que es arriesgado, porque no estamos acostumbrados a un nivel tal de retroalimentación en nuestras relaciones.

Los terapeutas deben aprender a envolver sus comentarios de un modo tal que resulten afectuosos y aceptables para sus pacientes. Analicemos por ejemplo la retroalimentación sobre el aburrimiento que realicé en el último consejo. Evité utilizar la palabra "aburrido" con mi paciente; no es una palabra productiva; se siente como una acusación y podría (o debería) provocar una sensación, expresada o tácita, del estilo de: "No le estoy pagando para que se entretenga".

Es preferible emplear términos como "distanciado", "excluido" o "desconectado"; estos términos dan voz a su deseo de estar más cerca y más comprometido y a la vez es difícil que ofendan a nuestros pacientes. En otras palabras, hable de cómo *se siente usted*, no de lo que hace el paciente.

Capítulo 22

Todo resulta aprovechable para el "aquí y ahora"

Todo lo que sucede en el "aquí y ahora" es útil para la terapia. A veces es mejor hacer un comentario en el momento; otras es mejor simplemente guardar el incidente y hacer una retroalimentación al respecto más adelante. Si, por ejemplo, un paciente llora angustiado, es mejor no interrogarlo sobre el "aquí y ahora" de inmediato sino reservar las preguntas hasta el momento en que se pueda volver al incidente y comentar a ese efecto: "Tom, me gustaría volver a la semana pasada. Sucedió algo inusual: usted me confió muchos más sentimientos que de costumbre y lloró profundamente, por primera vez, frente a mí. Cuénteme. ¿Cómo fue para usted? ¿Qué le produjo bajar las barreras aquí? ¿Permitirme ver sus lágrimas?"

Recuerde que los pacientes no lloran o exhiben sus sentimientos en el vacío; lo hacen *en su presencia*, y es la exploración del aquí y ahora lo que permite a uno captar el significado total de la expresión de los sentimientos.

O consideremos el caso de un paciente que pudo haber estado muy movilizado en una sesión y, de manera excepcional, pide que lo abrace al final de la sesión. Si siento que es lo correcto, lo abrazo, pero en algún momento, por lo general en la sesión siguiente, vuelvo inexorablemente al pedido y al abrazo. No olvide que una terapia efectiva consiste en una secuencia alternada de *evocación y experiencia* de afecto seguida por el *análisis y la integración* del afecto. Cuánto espera uno hasta iniciar un análisis del suceso afec-

tivo es una función de la experiencia clínica. Con frecuencia, cuando hay implicado un sentimiento profundo —angustia, congoja, enojo, amor— es mejor esperar hasta que el sentimiento se sosiegue y disminuya la resistencia. (Véase capítulo 40: La retroalimentación: Golpee cuando el hierro esté frío.)

Jane era una mujer desmoralizada y enojada que después de varios meses desarrolló suficiente confianza en mí como para revelar la profundidad de su desesperación. Una y otra vez me conmovía tanto que yo trataba de ofrecerle algún consuelo. Pero jamás lo lograba. Cada vez que lo intentaba terminaba mordido. Pero ella era tan frágil y tan hipersensible a la crítica que yo debía esperar semanas antes de compartir con ella esa observación.

Todo —en especial los episodios que contienen emociones fuertes— resulta aprovechable. En terapia ocurren muchos acontecimientos o reacciones inesperadas: los terapeutas pueden recibir correos electrónicos o llamados telefónicos de pacientes enfadados, ser incapaces de ofrecer el alivio deseado por el paciente, o puede suceder que los crean omniscientes, que jamás sean cuestionados, o que los desafíen permanentemente, que lleguen tarde, que cometan un error en la factura o citen dos pacientes para la misma hora. Aunque me incomoda pasar por algunas de estas experiencias, también confío en que si las manejo adecuadamente, las puedo volver útiles para el trabajo terapéutico.

Capítulo 23

Lleve un control del "aquí y ahora" en cada sesión

Tengo la costumbre de tomarme el trabajo de indagar acerca del "aquí y ahora" en cada sesión, incluso si ha sido productiva y no ha habido ningún inconveniente. Siempre digo hacia el final de la sesión: "Tomémonos un minuto para ver cómo nos está yendo hoy". O "¿Tiene alguna sensación en particular sobre cómo estamos trabajando y relacionándonos?" O "Antes de parar, ¿por qué no consideramos lo que está sucediendo en este espacio entre usted y yo?" O si percibo dificultades, podría decir algo como: "Antes de que paremos, revisemos cómo fue nuestra relación hoy. A veces usted habló de sus sentimientos a kilómetros de distancia de mí y otras veces muy cerca. ¿Cómo fue hoy? ¿Cuánta distancia hubo hoy entre nosotros?" Según la respuesta, puedo seguir explorando para ver si hay barreras en la relación o algún sentimiento inexpresado hacia mí.

Comienzo con este patrón de trabajo incluso en la primera sesión, antes de que una gran cantidad de datos históricos se hayan incorporado a la relación. De hecho, es particularmente importante comenzar a poner normas en las primeros encuentros. En la sesión inicial me aseguro de indagar sobre el modo en que los pacientes llegaron a mí. Si alguien los derivó, un colega o un amigo, quiero saber lo que les dijeron de mí, cuáles eran sus expectativas y luego si su experiencia conmigo en la primera sesión ha coincidido con esas expectativas. Por lo general digo algo a ese efecto: "La sesión inicial es una entrevista en ambas direccio-

nes. Yo lo entrevisto a usted, pero también es una oportunidad para que usted me evalúe y desarrolle una opinión acerca de cómo sería trabajar conmigo". Esto suena esencialmente coherente y el paciente por lo general asiente. Luego siempre sigo con: "¿Qué le parece si revisamos juntos qué tenemos hasta ahora?"

Muchos pacientes vienen a mí después de haber leído alguno de mis libros y, por consiguiente, es parte del "aquí y ahora" indagar sobre eso. "¿Qué había específicamente en ese libro que lo trajo a mí? ¿Cómo coincide con sus expectativas la realidad de verme? ¿Le preocupa en algo que un terapeuta sea también escritor? ¿Qué preguntas desea hacerme sobre eso?"

Desde que escribí, hace años, sobre las historias de algunos de mis pacientes en un libro *Verdugo del amor*, supuse que los nuevos pacientes que me consultaran podrían preocuparse por el hecho de que escribiera sobre ellos. De allí que les aseguro sobre la confidencialidad y les aclaro que jamás he escrito sobre ningún paciente sin obtener antes su permiso y sin disfrazar por completo su identidad. Pero con el tiempo he observado que las preocupaciones de los pacientes son muy diferentes; en general estaban menos preocupados por el hecho de que escribiera sobre ellos que por no resultar lo suficientemente interesantes como para ser seleccionados.

Capítulo 24

¿Qué mentiras me ha dicho?

Con frecuencia, durante el curso de la terapia, los pacientes describen ejemplos de engaños que han cometido en su vida, algún incidente en el que ocultaron o distorsionaron información sobre ellos mismos. Las grandes orejas de conejo me permiten aprovechar esas excelentes oportunidades para preguntar qué mentiras me han dicho durante el curso de la terapia. Siempre hay un ocultamiento, alguna información que se ha retenido por vergüenza o por el modo particular en que desean que yo los considere. La discusión de tales ocultamientos casi invariablemente provoca un diálogo fructífero en la terapia; a menudo una revisión de la historia de la relación terapéutica y una oportunidad para retrabajar y afinar mejor no sólo la relación sino otros temas importantes que hayan emergido previamente en la terapia.

La estrategia general de las grandes orejas de conejo es revisar todo el material de la sesión en busca de las implicaciones del "aquí y ahora" y, siempre que sea posible, aprovechar la oportunidad para entrar en un examen de la relación terapéutica.

Capítulo 25

¿Una pantalla en blanco? ¡Olvídese de eso! Sea real

El primer modelo postulado para la relación paciente-terapeuta era el de la ahora obsoleta "pantalla en blanco", en el que el terapeuta permanecía neutral y más o menos anónimo, con la esperanza de que los pacientes proyectaran sobre esa pantalla las grandes distorsiones de la transferencia (es decir, la manifestación viva de las antiguas relaciones parentales). Una vez que ésta se instalaba, el terapeuta podía con más exactitud reconstruir la vida temprana del paciente. Si el terapeuta se manifestaba como un individuo distinto, era más difícil (así se pensaba) que la proyección tuviese lugar.

¡Pero olvídese de la pantalla en blanco! Ni es ahora ni fue nunca un buen modelo para una terapia eficaz. La idea de utilizar distorsiones actuales para recrear el pasado era parte de una visión antigua y actualmente abandonada del terapeuta como arqueólogo, que quitaba pacientemente el polvo de décadas para comprender (y así de alguna manera misteriosa deshacer) el trauma original. Es un modelo mucho mejor pensar en *entender el pasado con el fin de comprender la relación presente entre el paciente y el analista*. Pero ninguna de estas dos consideraciones merece que se sacrifique un encuentro humano y auténtico en la psicoterapia.

¿El mismo Freud seguía siempre el modelo de la pantalla en blanco? Con frecuencia, quizás incluso por lo general, no. Sabemos esto gracias a los relatos de las terapias

(véase, por ejemplo, las descripciones de *Estudios sobre la histeria*) o las descripciones que sus analizados hicieron de sus análisis con Freud.

Piensen en Freud como en alguien que ofrecía a su paciente un cigarro "celebratorio" o de "triunfo" después de una interpretación particularmente aguda. Piensen en él como en alguien que detenía a sus pacientes, apresurados por pasar a otros temas, para en cambio hacer que disfrutaran con más detenimiento, junto a él, la aureola de luz que emanaba de una idea particularmente esclarecedora. El psiquiatra Roy Grinker me describió un incidente de su análisis con Freud en el que el perro de éste, que siempre asistía a la terapia, se levantó y fue hasta la puerta en mitad de la sesión. Freud se puso de pie y le abrió la puerta para dejarlo salir. A los pocos minutos el perro rascó la puerta para volver a entrar y Freud se levantó, abrió la puerta y dijo: "Sabe, lo que pasa es que no podía soportar escuchar toda esa basura de resistencia. Ahora vuelve para darle otra oportunidad".

En los casos relatados en *Estudios sobre la histeria* se ve cómo Freud entraba personal y osadamente en la vida de sus pacientes. Les hacía importantes sugerencias, intervenía a su favor ante los miembros de la familia, se las ingeniaba para asistir a funciones sociales y así lograr verlos en distintos entornos, le dio instrucciones a una paciente para que visitara un cementerio y meditara sobre un hermano muerto.

El antiguo modelo de la pantalla en blanco se vio reforzado a partir de una fuente inesperada en 1950, cuando el modelo de Carl Roger de terapia no directiva instruyó a los terapeutas para ofrecer directivas mínimas, limitando la intervención a menudo al eco de la última frase del paciente. A medida que Carl Roger fue madurando como terapeuta pronto abandonó por completo esta posición descomprometida con su técnica de "la última frase", en favor de un

estilo interactivo mucho más humano. No obstante, las bromas, las parodias y los malentendidos sobre el enfoque no directivo lo asediaron hasta el fin de sus días.

En la terapia de grupo resulta evidente que una de las tareas del terapeuta es exhibir conductas según las cuales gradualmente se vayan modelando los miembros del grupo. Ocurre lo mismo, aunque de manera mucho menos marcada, en la terapia individual. La literatura sobre los resultados de la psicoterapia apoya ampliamente el punto de vista de que la apertura del terapeuta engendra la apertura del paciente.

Hace tiempo que me fascina la transparencia de la terapia y he experimentado con la autoapertura en muchos formatos diferentes. Quizás mi interés tenga sus raíces en mi experiencia con la terapia de grupo, en donde la exigencia de que el terapeuta sea transparente es mucho mayor. Los terapeutas de grupo tienen un conjunto de tareas particularmente complejo porque deben ocuparse no sólo de las necesidades de cada individuo del grupo, sino de la creación y el mantenimiento del sistema social que los envuelve: el grupo pequeño. Por ello, deben ocuparse del desarrollo de las normas, especialmente de las normas de autoapertura tan necesaria para la experiencia exitosa del pequeño grupo. El terapeuta no tiene un método más potente para la construcción de normas de conducta que el modelo personal.

Muchos de mis propios experimentos sobre apertura terapéutica se originaron como respuesta a la observación de grupos de terapia por parte de estudiantes. Los programas de formación de psicoterapeutas rara vez ofrecen a los estudiantes la oportunidad de observar sesiones de psicoterapia individual: los terapeutas insisten en la privacidad y la intimidad tan fundamentales para el proceso de la terapia individual. Pero casi todos los programas de formación para grupos brindan observación de grupos, ya sea a través de un

espejo-ventana o de videos. Naturalmente, el terapeuta del grupo debe obtener previamente un permiso para la observación y por lo general los miembros del grupo lo conceden, aunque de mala gana. Es típico que se muestren molestos con los observadores y a menudo declaran que se sienten como "conejillos de Indias". Cuestionan si la lealtad primera del terapeuta es para con los miembros del grupo o para con los estudiantes y sienten mucha curiosidad acerca de los comentarios que hacen los observadores (y el coordinador) sobre ellos en la discusión posterior a la reunión.

Para eliminar estas desventajas del grupo de observación, pedí a los miembros del grupo y a los estudiantes que intercambiaran salas después de cada reunión: que los miembros del grupo pasaran a la sala de observación desde donde podrían observar a los estudiantes y a mí discutir sobre el grupo. En la sesión siguiente, los miembros del grupo tuvieron reacciones tan fuertes a la observación del encuentro de los estudiantes que pronto modifiqué el formato invitando a los miembros a que observaran la discusión desde adentro de la sala de conferencias y que respondiesen a las observaciones que allí se hicieran. Al poco tiempo los miembros del grupo empezaron a hacer retroalimentaciones a los estudiantes respondiéndoles no sólo acerca del contenido de sus comentarios sino acerca de su propio proceso; por ejemplo, hacían notar que eran demasiado deferentes para con el coordinador, más cautelosos, rígidos y tensos que el grupo de terapia, etcétera.

Utilizo exactamente el mismo modelo en los grupos diarios en la sala de pacientes agudos del hospital, donde divido la reunión del grupo en tres partes: 1) una reunión de una hora con los pacientes; 2) una sesión "vidriera" de diez minutos con los coordinadores y los observadores, analizando la reunión del grupo en un círculo interior rodeados por los miembros del grupo observándonos; 3) un círculo grande de diez minutos en el que los miembros reaccionan

a los comentarios de los observadores. Las investigaciones indican que la mayoría de los miembros de los grupos consideran los últimos veinte minutos la parte más provechosa de la reunión.

En otro formato de transparencia personal, lo que hago es escribir rutinariamente un resumen detallado de las impresiones de las reuniones de grupo con pacientes externos y lo envío por correo a los miembros antes de la reunión siguiente. Esta técnica tuvo sus orígenes en los años setenta, cuando empecé a dirigir grupos de pacientes alcohólicos. En esa época la terapia de grupo dinámica para pacientes alcohólicos tenía mala reputación y la mayoría de los consejeros sobre alcoholismo habían decidido que lo mejor de todo era dejar el tratamiento de grupos alcohólicos a Alcohólicos Anónimos. Por mi parte, decidí probar una vez más, pero utilizando un formato del "aquí y ahora" intensivo y cambiar el foco de la adicción al alcohol a los problemas personales subyacentes que alimentaban la compulsión de beber. (Se requería que todos los miembros del grupo asistieran a A.A. o algún otro programa para controlar la bebida.)

La concentración en el "aquí y ahora" galvanizó al grupo. Las reuniones eran electrizantes e intensas. ¡Desafortunadamente muy intensas! La ansiedad que se despertaba era demasiada para miembros que, como suele suceder con los alcohólicos, tenían gran dificultad para controlar y tolerar la ansiedad de otra manera que no fuera actuándola. Pronto los miembros del grupo empezaron a sentir un deseo incontrolable de beber después de cada reunión y expresaban que: "Si tengo que atravesar por una reunión así de nuevo, voy a tener que pasar por el bar antes de volver a casa".

Dado que las reuniones que trabajaban el "aquí y ahora" parecían dar en el blanco y trataban temas ricos y relevantes para cada miembro del grupo, busqué desarrollar algún mé-

todo que ayudara a disminuir la amenaza y la ansiedad en las reuniones. Para ello empleé una serie de técnicas.

Primero, una agenda de cuestiones del aquí y ahora para cada reunión que estaba escrita en el pizarrón y que contenía temas tales como:

> Lograr que John y Mary sigan examinando sus diferencias pero tratándose de una manera menos amenazadora y dolorosa.
> Ayudar a Paul a solicitar un poco de tiempo grupal para hablar de sí mismo.

Segundo, utilizábamos videos de partes escogidas de las reuniones.

Tercero, después de cada reunión dictaba y enviaba por correo a cada miembro un resumen semanal que no sólo constituía una narración del contenido de la sesión sino que también funcionaba como escrito autorrevelador. En él describía mi experiencia en el grupo: mi desconcierto, mi placer con alguna de mis contribuciones, mi dolor por los errores cometidos, o temas que había pasado por alto o los miembros que sentía que había descuidado.

De todos estos métodos, el resumen semanal era de lejos el más efectivo y desde entonces en mis grupos de una vez por semana tengo la costumbre de enviar regularmente a cada miembro un resumen detallado antes de la reunión siguiente. (Si tengo un co-coordinador, alternamos la responsabilidad de escribirlo.) El resumen tiene muchos y diversos beneficios; por ejemplo, incrementa la continuidad del trabajo de terapia volviendo a sumergir al grupo en los temas de la reunión previa, pero lo cito aquí sobre todo porque provee un vehículo para la apertura del terapeuta.

La "terapia múltiple" es otro formato de enseñanza basada en la apertura que empleé durante varios años en el que dos instructores y cinco estudiantes (residentes de psi-

quiatría) entrevistan a un único paciente durante una serie de cinco sesiones. Pero en vez de enfocarnos exclusivamente en el paciente, nos pusimos como meta examinar nuestro propio proceso grupal, incluyendo temas tales como el estilo para hacer preguntas de los estudiantes, la relación entre ellos y los instructores universitarios, el grado de competitividad o de empatía del grupo. Obviamente, dado el colapso económico del sistema sanitario, la terapia múltiple no tiene ningún futuro, pero como herramienta educativa sirvió para demostrar ciertos efectos de la apertura personal del terapeuta; es un buen modelo para los pacientes y alienta su propia apertura, acelera el proceso terapéutico, pone en evidencia el respeto del terapeuta por el proceso terapéutico, su disposición a comprometerse personalmente en él.

Recuerde el experimento en el que yo y una paciente llamada Ginny intercambiamos nuestros resúmenes de impresiones de cada sesión. Este formato era también un desafiante ejercicio de transparencia por parte del terapeuta. La paciente me había idealizado de tal manera, me había colocado en un pedestal tan elevado, que era imposible un encuentro verdadero entre los dos. Por consiguiente, en mis notas deliberadamente intenté revelar los sentimientos y las experiencias más humanas que tenía: mis frustraciones, mi irritación, mi insomnio, mi vanidad. Este ejercicio, realizado al inicio de mi carrera, facilitó la terapia y me liberó mucho en mi trabajo terapéutico subsiguiente.

Sándor Ferenczi (1873-1933), un psicoanalista húngaro miembro del círculo psicoanalítico más íntimo de Freud y su confidente profesional más cercano, llevó a cabo un osado experimento sobre la transparencia del terapeuta que siempre me intrigó mucho. Freud, más atraído por las cuestiones especulativas acerca de la aplicación del psicoanálisis a la compresión de la cultura, era básicamente pesimista acerca de la terapia y rara vez se entretenía con métodos

que mejorasen la técnica terapéutica. De los analistas del círculo más íntimo, fue Sándor Ferenczi quien sin descanso y con osadía buscó la innovación técnica.

Pero jamás fue más audaz que en su radical experimento de 1932 sobre la transparencia descripto en sus *Diarios clínicos*, en el que llevó la apertura del terapeuta hasta el límite, entregándose a un "análisis mutuo": un formato en el que él y una de sus pacientes (una psicoterapeuta que hacía cierto tiempo que analizaba) alternaban las sesiones para analizarse entre sí.

Al final Ferenczi se desanimó y abandonó el experimento por dos preocupaciones principales: 1) la confidencialidad —todo un problema porque un verdadero compromiso requería que compartiese cualquier pensamiento que le viniera por libre asociación acerca de sus otros pacientes— y 2) los honorarios: Ferenczi se quejaba acerca del pago. ¿Quién debía pagar a quién?

Su paciente no compartió el desánimo de Ferenczi. Ella sintió que el procedimiento había facilitado la terapia y que Ferenczi no estaba dispuesto a seguir porque temía reconocer que estaba enamorado de ella. Ferenczi sostenía una opinión contraria. "No, no, no", afirmaba; la verdadera razón era que se resistía a expresar el hecho de que la odiaba.

Las reacciones negativas de Ferenczi a su intento de autoapertura parecen arbitrarias y muy anticuadas. Mi novela *Desde el diván* intenta traer su experimento a la terapia contemporánea. El protagonista, un psiquiatra, decide ser totalmente transparente con un paciente que, según sucede en esta ficción, vive consagrado a la duplicidad. Una de mis principales intenciones en la novela es afirmar que la autenticidad del terapeuta será en última instancia redentora incluso bajo las peores circunstancias, o sea, un encuentro clínico con un pseudopaciente que conspira en su contra.

Capítulo 26

Tres clases de apertura del terapeuta

Es contraproducente que el terapeuta permanezca opaco y oculto frente al paciente. Existen mil razones para mostrarse al paciente y ninguna buena razón para el ocultamiento. Sin embargo, cada vez que me dirijo a los terapeutas sobre este tema, observo gran incomodidad, que proviene en parte de la imprecisión del término *autoapertura*. La apertura del terapeuta no es una entidad única sino un conjunto de conductas, algunas de las cuales invariablemente facilitan la terapia mientras que otras son problemáticas y potencialmente contraproducentes. Tal vez podamos aportar un poco de claridad delineando la apertura del terapeuta en tres esferas: 1) el mecanismo de la terapia; 2) los sentimientos del "aquí y ahora" y 3) la vida personal del terapeuta. Examinemos ahora una de estas esferas por vez.

Capítulo 27

El mecanismo de la terapia: Sea transparente

El gran inquisidor de *Los hermanos Karamazov*, de Dostoievsky, proclamaba que los hombres siempre han querido "magia, misterio y autoridad". A lo largo de toda la historia, los sanadores han sabido esto y han revestido sus prácticas curadoras con un manto de secreto. La instrucción y la práctica de los chamanes siempre han estado veladas por el misterio, mientras que los médicos occidentales durante siglos han utilizado accesorios, creados para inspirar una profunda admiración y maximizar así el efecto de placebo: ropas blancas, paredes cubiertas de prestigiosos diplomas y prescripciones escritas en latín.

Yo propongo una visión diametralmente opuesta del proceso curativo a lo largo de todo este libro. El establecimiento de una relación con los pacientes, por su misma naturaleza, exige que renunciemos al poder del triunvirato de magia, misterio y autoridad. La psicoterapia es tan robusta intrínsecamente que gana muchísimo con la revelación total del proceso y de la lógica del tratamiento. Todo un conjunto persuasivo de investigación psicoterapéutica demuestra que el terapeuta debería preparar cuidadosamente a los nuevos pacientes informándoles acerca de la psicoterapia: sus supuestos básicos, su explicación y lo que cada uno puede hacer para maximizar su propio progreso.

Los pacientes ya soportan el peso de la ansiedad primaria que los trae a la terapia y tiene poco sentido sumergirlos en un proceso que puede producir una ansiedad secun-

daria, la ansiedad producto de la exposición a una situación social ambigua, sin lineamientos para una conducta o una participación adecuadas. Por lo tanto es más sensato preparar a los pacientes sistemáticamente para el proceso de la psicoterapia.

La preparación de los nuevos pacientes es especialmente efectiva en la terapia de grupo porque la situación de interacción grupal es intrínsecamente extraña e intimidante. Los nuevos miembros de un grupo, en particular aquellos sin previa experiencia, a menudo se vuelven ansiosos por el poder del pequeño grupo: la presión de grupo, el grado de intimidad, la intensidad general. La provisión de una estructura y la clarificación de las guías básicas son absolutamente esenciales en este tipo de terapia.

Pero la preparación para la psicoterapia individual también es esencial. Aunque es probable que los individuos hayan tenido experiencias de relaciones intensas, es improbable que hayan estado en una relación que les exigiese confiar enteramente, revelar todo, no guardarse nada, examinar todos los matices de sus sentimientos hacia el otro y recibir aceptación sin juzgamiento. En las entrevistas iniciales me dedico a las reglas de base más importantes, incluyendo la confidencialidad, la necesidad de una apertura total, la importancia de los sueños, la necesidad de paciencia. Dado que el enfoque en el "aquí y ahora" puede resultar extraño a los pacientes, les explico su lógica. Si un nuevo paciente ha descripto relaciones difíciles (y eso quiere decir prácticamente el cien por ciento de los pacientes), puedo decir por ejemplo algo como lo siguiente:

—Está claro que una de las áreas que necesitamos trabajar es su relación con los demás. Es difícil para mí saber sobre la naturaleza exacta de sus dificultades en las relaciones porque, por supuesto, sólo conozco a las otras personas que hay en su vida a través de sus ojos.

A veces sus descripciones pueden ser inintencionalmente parciales y he descubierto que puedo serle de más ayuda si nos enfocamos en la única relación de la que poseo información exacta: la relación entre usted y yo. Es por esta razón que a menudo le pediré que examine lo que sucede entre nosotros dos.

En una palabra, le sugiero una apertura total con respecto al mecanismo de la terapia.

Capítulo 28

La revelación de los sentimientos del "aquí y ahora": Utilice la discreción

Para entrar en una relación genuina con el paciente, es esencial *revelar los propios sentimientos hacia el paciente en el presente inmediato*. Pero la apertura del "aquí y ahora" no debe ser indiscriminada; no debe buscarse la transparencia por sí misma. Todos los comentarios deben pasar una prueba: ¿Esto que estoy por revelar es en beneficio del paciente? Una y otra vez a lo largo de este texto enfatizaré que su fuente de información más valiosa son sus propios sentimientos. Si durante una sesión usted siente que su paciente está distante, tímida, que coquetea, que está despreciativa, temerosa, desafiante, infantil o que exhibe una miríada de diferentes conductas que una persona puede tener con otra, entonces todo eso son datos, datos muy valiosos y usted debe buscar una manera de transformar esa información en una ventaja terapéutica, como se vio en los ejemplos en donde revelaba que me sentía excluido por un paciente, o más cercano e involucrado, o irritado por la repetidas excusas por haber movido una caja de pañuelos de papel.

Ilustración clínica. Un paciente habitualmente describía incidentes problemáticos en su vida pero rara vez me brindaba un seguimiento de esos incidentes. A menudo me sentía excluido y curioso.

Me preguntaba qué habría ocurrido, por ejemplo, cuando había enfrentado al jefe para solicitarle un aumento.

¿Cuál había sido la reacción de su amigo cuando rehusó prestarle el dinero que le había pedido? ¿Había seguido con el plan de invitar a salir a la compañera de cuarto de su ex novia? Tal vez parte de mi curiosidad fuera voyeurística, originada por mi deseo de saber el final de las historias. Pero también sentía que mis reacciones contenían información importante sobre el paciente. ¿No se ponía nunca en mi lugar? ¿No pensaba jamás que yo podía sentir curiosidad por su vida? Tal vez él sentía que no me importaba. Tal vez pensaba en mí como en una máquina sin curiosidad o deseos propios.

Al final discutí todos estos sentimientos (y conjeturas) y mi apertura lo llevó a revelar su preferencia de que yo no fuera una persona real, porque temía descubrir mis posibles falencias y como consecuencia perder la confianza en mí.

Ilustración clínica. Un paciente sentía que le invadía una profunda sensación de ilegitimidad y vergüenza en todas sus transacciones personales y de negocios. En el "aquí y ahora" de las sesiones de terapia su culpa generalizada a menudo aparecía cuando se hostigaba a sí mismo por su falta de autenticidad en su modo de comportarse en nuestra relación. Odiaba la forma en que trataba de impresionarme con su sagacidad y su inteligencia. Por ejemplo, le gustaban mucho los idiomas y aunque el inglés era su segunda lengua, le fascinaba manejar sus matices y confesaba que a menudo antes de la sesión había buscado en el diccionario palabras esotéricas para usar en nuestra charla. Yo me sentía consternado por su autohostigamiento. Por un momento, pude experimentar la fuerza de su culpa y su autocrítica dado que yo era su cómplice: siempre me había deleitado mucho su juego con las palabras y sin duda yo había alentado esa conducta. Le confesé eso y luego dije para los dos: "Pero no pienso entrar en eso. Después de todo,

¿cuál es el crimen? Estamos trabajando bien juntos y qué daño hay en que disfrutemos de nuestro juego intelectual?"

Un talentoso terapeuta (Peter Lomas) describe la siguiente interacción con un paciente que comenzó la sesión, como de costumbre, hablando de una manera retraída y desesperanzada acerca de su soledad.

TERAPEUTA: —¿No piensa que yo también podría sentirme solo? Estoy aquí sentado con usted en este cuarto y usted está ensimismado y distanciado de mí. ¿No se da cuenta de que yo no quiero esto, que quiero poder conocerlo mejor?
PACIENTE: —No, ¿por qué querría hacerlo? No lo creo. Usted es autosuficiente. No me necesita.
TERAPEUTA: —¿Qué le hace pensar que soy autosuficiente? ¿Por qué sería distinto de usted? Necesito a la gente como usted. Y necesito que deje de mantenerse alejado de mí.
PACIENTE: —¿Qué podría darle yo? No puedo imaginarlo. Me siento tan nada. Jamás hago nada en mi vida.
TERAPEUTA: —Pero de todas maneras a uno no le gusta la gente sólo por sus logros sino por lo que es. ¿A usted no?
PACIENTE: —Sí, en lo que se refiere a mí es verdad.
TERAPEUTA: —Entonces, ¿por qué no cree que podría agradar a los demás por cómo es?

El terapeuta informó que esta interacción disminuyó de manera drástica la brecha entre él y el paciente. Éste terminó la sesión diciendo: "Es un mundo difícil", pero su afirmación estaba enunciada no en el sentido de "pobre de mí, soy tan desgraciado", sino en el sentido de "es un mundo difícil, ¿no es cierto?, para usted y para mí, para usted, para mí y para todos los demás que viven en él".

Capítulo 29

La revelación de la vida personal del terapeuta: Sea cauteloso

La apertura en las dos primeras esferas —el mecanismo de la terapia y el "aquí y ahora"(formulado adecuadamente)— parece simple y no problemática. Pero en torno al tercer tipo de apertura, la vida personal del terapeuta, parece agitarse una gran controversia.

Si hubiese de graduarse la apertura del terapeuta en un *continuum*, estoy seguro de que me hallaría arriba de todo. Sin embargo jamás tuve la experiencia de haber revelado demasiado. Por el contrario, siempre se vio facilitada la terapia cada vez que compartí alguna faceta de mi vida.

Hace muchos años falleció mi madre y fui a Washington para su funeral y pasé algún tiempo con mi hermana. En esa época estaba dirigiendo un grupo de pacientes externos y mi coterapeuta, una joven residente de psiquiatría, no sabía bien qué hacer y simplemente informó al grupo que estaría ausente debido al fallecimiento de un familiar. Las reuniones del grupo se filmaban con propósitos didácticos y al volver una semana después vi el video de la reunión, una sesión muy energizada y productiva.

¿Qué debía hacer en la reunión siguiente? Dado que no tenía dudas de que el ocultamiento de la muerte de mi madre sería nocivo para el proceso grupal, decidí ser enteramente transparente y dar al grupo todo lo que requiriese. Es axiomático que si un grupo activamente evita algún tema importante, entonces no se abordará con eficacia ningún otro.

Abrí la reunión informándoles de la muerte de mi madre y respondí a todas las preguntas. Algunos querían saber detalles de la muerte y el funeral, otros preguntaron sobre cómo lo estaba manejando yo, otros indagaron sobre mi relación con mi madre y con mi hermana. Contesté a todos con candor y les conté, por ejemplo, de mi relación rebelde con mi madre y de cómo había elegido vivir en California para poner seis mil kilómetros de distancia entre mi madre y yo. En muchos sentidos ella había sido un ogro, pero a medida que envejecía había perdido su fiereza y en los últimos años nuestra relación se había vuelto mucho más cercana y yo había sido un hijo obediente. Por último el grupo preguntó si había algo que pudieran hacer por mí en la reunión. Respondí que no lo creía porque había estado tratando el tema sin parar con amigos y con mi familia. Al final, dije que creía que ahora tenía la energía para trabajar con efectividad en el grupo, tras lo cual volvimos al trabajo y tuvimos una reunión extremadamente productiva.

Después, durante años, utilicé el video de esa reunión para enseñar sobre el proceso de grupo. Estoy seguro de que mi apertura no sólo quitó un obstáculo potencial para el grupo sino que el modelo de mi apertura fue un acontecimiento liberador para él.

Otro ejemplo que describí en un cuento, "Siete lecciones avanzadas sobre la terapia del dolor" (incluido en *Mamá y el sentido de la vida*), presenta un incidente similar. Poco antes de que me reuniera con una paciente que había perdido a dos de sus seres queridos, recibí un llamado informándome de la muerte de mi cuñado. Dado que mi paciente era una cirujana en crisis (por la muerte de su marido y de su padre) y yo tenía tiempo antes de tener que ir al aeropuerto, decidí mantener la cita con ella, y abrí la sesión informándole sobre lo que había ocurrido y diciéndole que no obstante había decidido mantener la sesión.

De inmediato explotó con una gran furia y me acusó de tratar de comparar mi dolor con el suyo.

—Y déjeme que le diga una cosa —agregó—. Si yo puedo entrar en la sala de operaciones por mis pacientes, entonces por supuesto que usted puede estar acá para atenderme a mí.

El incidente resultó muy instrumental en la terapia: mi revelación le posibilitó revelar la rabia de su dolor, lo que abrió un nuevo período de fertilidad en nuestro trabajo.

Hace tiempo un colega trabajaba con un paciente cuyo hijo había muerto de cáncer. El largo curso de la terapia había sido provechoso pero no del todo exitoso. Mi colega, que también había perdido un hijo joven, veinte años antes, prefirió no compartir esa información con su paciente. Muchos años más tarde el paciente lo contactó de nuevo y retomó la terapia. El terapeuta, que seguía estando acosado por su propia pérdida y había pasado años escribiendo un largo artículo sobre la muerte de su hijo, decidió compartir el escrito con el paciente. Esta revelación, que era nueva para él, resultó ampliamente instrumental en el aceleramiento del trabajo terapéutico.

Si los pacientes quieren saber si soy casado, tengo hijos, me gustó una determinada película, leí un determinado libro o si me sentí incómodo cuando nos encontramos en algún evento social, siempre les contesto de manera directa. ¿Por qué no? ¿Cuál es el problema? ¿Cómo se puede tener un encuentro genuino con otra persona mientras uno permanece opaco?

Volvamos una vez más al paciente que me criticaba por utilizar un restaurante exclusivo como indicación del camino hasta mi consultorio mientras que pasaba por alto el puesto de comida al paso. Yo elegí responder cándidamente: "Bueno, Bob, ¡tiene razón! En vez de decir doble a la derecha en Fresca, podría haber dicho doble a la derecha cuando llegue al puesto de comida. ¿Y por qué elegí como

elegí? Estoy seguro de que es porque prefiero asociarme con el restaurante más refinado. Me sentiría incómodo diciendo: 'Doble en el puesto callejero'." Insisto: ¿cuál es el peligro? Sólo estaba reconociendo algo que obviamente sabía. Y sólo cuando sacamos de en medio mi admisión pudimos volver al asunto importante de explorar su deseo de incomodarme.

Por eso la apertura del terapeuta no reemplaza de ningún modo la exploración del proceso de las preguntas personales que formula el paciente. ¡Haga las dos cosas! Algunos terapeutas tienen por costumbre responder a las preguntas con: "Le voy a contestar con mucho gusto, pero primero querría saber lo más posible sobre su pregunta". A veces utilizo ese enfoque, pero rara vez encuentro alguna ventaja particular en insistir sobre algún orden determinado (usted empiece primero y luego yo le respondo). Si se trata de un paciente nuevo a menudo elijo simplemente dar el modelo de apertura y guardo el incidente en mi memoria para luego volver sobre él.

Si es infrecuente que el paciente haga preguntas, entonces considere el acto de preguntar como algo útil y no deje de volver sobre él. Debe tenerse en cuenta el momento. Con frecuencia el terapeuta puede elegir esperar hasta que la interacción termine, quizás incluso hasta la sesión siguiente y luego señalar a este efecto: "Me parece que algo inusual sucedió la semana pasada: usted me hizo algunas preguntas personales. ¿Puede volver sobre eso? ¿Cómo fue el intercambio para usted? ¿Qué hizo posible que usted se acercara a mí de una manera distinta? ¿Cómo se sintió con respecto a mi respuesta?".

Capítulo 30

La revelación de su vida personal: Precauciones

Uno de los temores más profundos que tienen los terapeutas con respecto a la apertura personal es que no termine nunca, que una vez que abran la puerta, el paciente exija cada vez más hasta terminar fusilándolos a preguntas sobre sus secretos más profundos y vergonzosos. Éste es un temor infundado. Según mi propia experiencia, la gran mayoría de los pacientes aceptan lo que les ofrezco, no presionan por saber más o por obtener revelaciones incómodas, y luego vuelven al trabajo de la terapia, como lo hizo el grupo tras enterarse de la muerte de mi madre.

Sin embargo, hay que tomar precauciones. No olvide que aunque los pacientes gozan de la confidencialidad, los terapeutas no. Ni tampoco se les puede exigir a los pacientes que en el futuro puedan consultar a otro terapeuta, y deben sentirse libres de decir lo que quieran. Si existe alguna información que usted no desea de ninguna modo que se vuelva pública, no la comparta en terapia. Muchos terapeutas son incluso más cautos y no comparten ningún material que, sacado de contexto, pueda ser mal interpretado y dar lugar a situaciones embarazosas.

Pero no permita que esta cuestión restrinja su trabajo y lo vuelva tan hipercauto y autoprotector que le haga perder su efectividad. Uno no puede protegerse del hecho de que los pacientes lo presenten de una manera distorsionada a su próximo terapeuta. Recuérdelo la próxima vez que oiga a sus pacientes describir la conducta ultrajante de sus tera-

peutas anteriores. No saque inmediatamente la conclusión de que el terapeuta anterior era tonto o un malhechor. Es mejor escuchar, empatizar y esperar. Muy a menudo el paciente proveerá el contexto del acto del terapeuta que en general lo muestra bajo una luz muy distinta.

Una vez derivé la mujer de un paciente a un colega y amigo cercano. Pero un par de meses después mi paciente me pidió otro terapeuta porque mi colega había actuado mal. En más de una ocasión había olido a la mujer de mi paciente y había hecho comentarios sobre su olor. ¿Oler a los pacientes? Sonaba tan raro que me preocupé por mi amigo y lo más sutilmente que pude le pregunté sobre el incidente. Me informó que efectivamente había habido un problema de olor con su paciente: tenía la costumbre de usar un perfume que, aunque agradable, era tan fuerte y penetrante que algunos de sus otros pacientes se habían quejado y habían insistido en tener la sesión otro día o en otro consultorio.

Hay veces en que para salvar la terapia uno está obligado a elecciones difíciles. Un colega una vez me contó sobre un incidente en el que una paciente que se analizaba con él hacía mucho llegó un día a su sesión muy perturbada porque una amiga de ella había afirmado que había tenido un *affaire* con el terapeuta. ¿Cómo debía responder él? Mi colega, que creía en la honestidad, tomó el toro por las astas y le dijo a su paciente que efectivamente había tenido un *affaire* de fin de semana durante una convención hacía veinte años y que desde entonces no había tenido contacto alguno con ella. Su sinceramiento tuvo un efecto considerable en ella y fortaleció el ulterior desarrollo de la terapia. Él y su paciente se sumergieron en temas importantes que jamás habían discutido, tales como su odio hacia los otros pacientes a quienes veía como sus competidores que luchaban por obtener la atención del terapeuta y su visión de sí misma de toda la vida como una mujer no deseada, falta de femineidad y de atractivo.

Otro ejemplo: un supervisado mío que era gay tapado me narró un problema que lo había irritado mucho durante el primer mes de terapia. Uno de sus pacientes gays que lo había visto haciendo aparatos en un gimnasio muy frecuentado por gays lo había encarado directamente acerca de su orientación sexual. Mi alumno, muy incomodado, trató de evitar la cuestión poniendo el foco en por qué el paciente le hacía esa pregunta. Como era de esperar, el paciente canceló su próxima sesión y jamás volvió a la terapia. Los secretos grandes e inocultables son enemigos del proceso terapéutico. Los terapeutas gays competentes que conozco son francos acerca de su orientación sexual con sus pacientes gays y están dispuestos a serlo con sus otros pacientes si les parece que es importante para la terapia.

Capítulo 31

La transparencia del terapeuta y la universalidad

Un factor terapéutico clave en la terapia de grupo es la universalidad. Muchos pacientes comienzan terapia sintiéndose únicos en su desgracia; creen que sólo ellos tienen fantasías y pensamientos feos, prohibidos, tabúes, sádicos, egoístas y sexualmente perversos. La revelación de pensamientos similares por parte de los otros miembros del grupo es maravillosamente reconfortante y brinda una experiencia de "bienvenida a la raza humana".

En la terapia individual nuestros pacientes revelan muchos sentimientos que nosotros, los terapeutas, también hemos experimentado y hay un lugar y un tiempo en la terapia para compartirlos. Si, por ejemplo, una paciente expresa su culpa por el hecho de que cada vez que visita a un padre anciano, después de un par de horas, empieza a sentirse inquieta de impaciencia, tal vez le cuente que mi límite personal para quedarme sentado frente a mi madre cuando la visitaba era de tres horas. O, si un paciente se siente desanimado por no sentirse mejor después de veinte sesiones de terapia, no dudo en referirme a esa cantidad como "una gota de agua" si las compara con mis cientos de sesiones de tratamiento en distintas terapias. O si los pacientes están desconcertados por la intensidad de la transferencia, les contaré sobre los sentimientos similares que tenía yo cuando estaba en terapia.

Capítulo 32

Los pacientes se resistirán a su apertura

Mi comentario anterior de que la apertura del terapeuta no alimenta el apetito de los pacientes, provocando una escalada de preguntas por saber más, en realidad presenta las cosas de una manera muy modesta. Con mucha frecuencia lo que ocurre es exactamente lo opuesto: los pacientes hacen saber con claridad que se oponen al hecho de saber mucho más sobre la vida personal del terapeuta.

Aquellos que desean magia, misterio y autoridad son renuentes a mirar debajo de los atavíos del terapeuta. Les brinda mucho consuelo pensar en una figura llena de sabiduría y omnisciente que les ayuda. Más de un paciente mío invocó la metáfora del Mago de Oz para describir su preferencia por la feliz creencia de que el terapeuta conoce el camino a casa: un sendero claro y seguro alejado del dolor. Por ningún concepto desean mirar detrás de la cortina y ver a un pseudomago perdido y confundido. Una paciente que oscilaba entre hacer de mí un mago o humanizarme describió el dilema de Oz en su poema titulado "Dorothy se rinde":

Mi avión se estrelló sobre la llanura de Kansas.
Desperté a verdades hogareñas cortajeadas en blanco y negro,
chancletas de fieltro, una vida que corta según la veta,
un cristal vacío. Traté. Pero en las noches de neón
había buscado la esmeralda en el verdor del vidrio,

magos detrás de hombres de paja, vería
a ese caballo de muchos colores pasar galopando...
Envejecí, corría demasiado veloz para mí.
Los furiosos vientos en los que volé me han desgarrado
las vestiduras hasta
mi desnudez. Ahora de rodillas elegiría
dejar a la bruja su escoba, volver a colgar el velo,
rehusar ver al hombre detrás de la voz
que sigue por siempre el sendero mágico
que conduce a un lugar ningún lugar como el hogar.

Los pacientes quieren que el terapeuta sea omnisciente, quieren poder depender de él infinitamente y que sea imperecedero. Algunas de mis pacientes mujeres que se han topado en sus vidas con hombres poco confiables temen mi (tan masculina) fragilidad. Otros temen que termine volviéndome el paciente. Una paciente, cuyo tratamiento terapéutico describí en profundidad en *Mamá y el sentido de la vida*, evitaba mirarme o preguntarme algo personal, incluso, por ejemplo, cuando aparecí en mi consultorio con muletas después de una operación de rodilla. Cuando indagué el porqué explicó:

—No quiero que usted tenga una narrativa de su vida.
—¿Una narrativa? —pregunté—. ¿A qué se refiere?
—Quiero mantenerlo fuera del tiempo. Una narrativa tiene un principio, un medio y un final, especialmente un final.

Ella había sufrido la muerte de varios hombres importantes en su vida —su esposo, su hermano, su padre, su ahijado— y estaba aterrada ante la posibilidad de sufrir otra pérdida. Le respondí que no podía ayudarla si no teníamos un encuentro humano; necesitaba que me considerara como una persona real y la insté a que me hiciera preguntas

sobre mi vida y mi salud. Después de dejar el consultorio ese día, tuvo un pensamiento obsesivo: *El próximo funeral al que asista será el de Irv.*

Capítulo 33

Evite la falsa cura

¿Qué es una cura falsa? Es un término utilizado en los primeros tiempos del psicoanálisis para referirse a una cura transferencial: una mejoría radical y repentina del paciente basada en la magia que emana de una visión ilusoria del poder del terapeuta.

Una mujer soltera y aislada de cuarenta y cinco años a menudo dejaba el consultorio radiante, con una profunda sensación de bienestar que persistía durante días después de cada sesión. Al principio, tomaba con beneplácito que después de meses de una oscura desesperación ella encontrara alivio. Y también tomaba con beneplácito los embriagadores comentarios que hacía sobre mí: lo mucho que la iluminaban mis interpretaciones, mi extraordinaria presciencia. Pero pronto, a medida que fue describiendo cómo entre las sesiones de terapia se cubría con mi imagen como con un manto mágico protector, cómo se llenaba de coraje y paz con el solo hecho de oír mi voz grabada en el contestador automático, me empecé a sentir cada vez más incómodo con los poderes chamánicos.

¿Por qué? Por empezar, sabía que estaba alentando la regresión al ignorar que su mejoría estaba construida sobre arenas movedizas y que tan pronto como desapareciera de su vida, se evaporaría. También empezó a incomodarme la naturaleza irreal e inauténtica de nuestra relación. Cuanto más se retraían sus síntomas más ancha y profunda se volvía la fisura entre nosotros dos.

Al final enfrenté el tema y le expliqué que gran parte de

su experiencia de nuestra relación era una pura construcción personal de ella; es decir, yo ni estaba enterado. Le dije todo: que yo no estaba realmente alrededor de ella como un manto mágico, que no compartía muchas de las epifanías que había experimentado en nuestras sesiones, que me gustaba ser tan importante para ella pero que a la vez me sentía fraudulento. ¿Y toda la ayuda mágica que había obtenido de mí? Bueno, era ella y no yo la que era maga, ella la que se había ayudado a sí misma.

Mis comentarios, me dijo más tarde, fueron poderosos, crueles y desorientadores. Sin embargo, para entonces había cambiado lo suficiente como para integrar la idea de que su mejoría provenía no de mi poder sino de una fuente interior propia. Además, al final comprendió que mis comentarios no eran un rechazo sino, por el contrario, una invitación a relacionarse conmigo con mayor cercanía y honestidad.

Quizás haya momentos en los que debamos brindar "magia, misterio y autoridad", momentos de grandes crisis o momentos en que nuestra principal prioridad es facilitarle al paciente la entrada a la terapia. Pero si debemos coquetear con el rol de mago, recomiendo que el coqueteo sea lo más breve posible y centrado en ayudar al paciente a que rápidamente haga la transición a una relación terapéutica más genuina.

Una paciente que me había idealizado al principio de la terapia tuvo dos sueños una misma noche: En el primero se acercaba un tornado y yo la conducía a ella y a otros más para escapar por una salida de emergencia que al final llevaba a un callejón sin salida que terminaba contra un muro de ladrillos. En el segundo sueño ella y yo estábamos dando un examen y ninguno de los dos sabía las respuestas. Me alegraron estos sueños porque le informaban a la paciente de mis limitaciones, mi humanidad, mi tener que lidiar, como ella, con los mismos problemas fundamentales de la vida.

Capítulo 34

Sobre el llevar a los pacientes más allá de donde usted ha llegado

A menudo, cuando encuentro un paciente que lucha contra algunas de las mismas cuestiones neuróticas que me han acosado a lo largo de toda mi vida, me pregunto si podré llevarlo más allá de donde he llegado yo.

Hay dos puntos de vista opuestos: una opinión más antigua, analítica y tradicional, que se evidencia menos hoy en día, sostiene que sólo un terapeuta totalmente analizado puede escoltar a los pacientes hasta una resolución completa de los problemas neuróticos, mientras que los puntos ciegos de los terapeutas con temas neuróticos no resueltos limitan la cantidad de ayuda que éstos pueden brindar.

Uno de los aforismos de Nietzsche expresa un punto de vista opuesto: "Algunos no pueden romper sus propias cadenas; sin embargo, pueden redimir a sus amigos". Aquí es pertinente el concepto de Karen Horney de la pulsión de autorrealización (que proviene sin duda de la obra de Nietzsche): si el terapeuta quita los obstáculos, los pacientes naturalmente madurarán y realizarán su potencial, alcanzando incluso un nivel de integración más allá del propio de la facilitación del terapeuta. Encuentro esta opinión mucho más en consonancia con mi experiencia en el trabajo con pacientes. De hecho, a menudo he tenido pacientes cuyo cambio y coraje me han dejado boquiabierto de admiración.

Existen en el mundo de las letras muchos datos análogos. Muchos de los más importantes *lebens-philosophers* (filósofos que tratan de los problemas de la existencia) fueron

individuos singularmente atormentados. Para empezar, podemos considerar a Nietzsche y Schopenhauer (almas angustiadas y extraordinariamente aisladas), Sartre (un abusador del alcohol y de las drogas, interpersonalmente explotador e insensible) y Heidegger (que escribió tan profundamente sobre la autenticidad y sin embargo apoyó la causa nazi y traicionó a sus propios colegas, incluyendo a Husserl, su maestro).

El mismo argumento se puede utilizar en favor de muchos psicólogos cuyas sustanciales contribuciones han sido tan útiles para tanta gente: Jung, ningún parangón en cuanto a capacidades interpersonales, explotaba sexualmente a sus pacientes, como muchos otros miembros del círculo íntimo de Freud, por ejemplo, Ernest Jones, Otto Rank, Sándor Ferenczi. Consideremos también el sorprendente nivel de desacuerdo característico de todos los principales institutos psicoanalíticos, cuyos miembros, a pesar de su experiencia en asistir a los otros, han exhibido, al mismo tiempo y de manera característica, tanta inmadurez, acrimonia recíproca y falta de respeto que los cismas se han seguido unos a otros, creándose así vertiginosa y salvajemente institutos nuevos y a menudo en contienda con los institutos madres de los que surgieron.

Capítulo 35

Sobre el recibir ayuda de su paciente

En un fragmento de un obra de teatro, *Emergency*, el psicoanalista Helmut Kaiser cuenta la historia de una mujer que visita a un terapeuta y le ruega que ayude a su marido, un psiquiatra que sufre una profunda depresión con fantasías suicidas. El terapeuta le responde que por supuesto le agradaría ayudarle pero sugiere que su marido solicite una cita. La mujer responde que allí radica el problema: su esposo niega su depresión y rechaza toda sugerencia de buscar ayuda. El terapeuta está desconcertado. Le dice a la mujer que no puede imaginar de qué manera podría ayudar a alguien que no está dispuesto a consultarlo.

La mujer le responde que ella tiene un plan. Le propone al psicoanalista que consulte a su marido como paciente, y gradualmente, mientras continúan viéndose, que trate de encontrar una manera de ayudarlo.

Ésta y otras historias, así como también mi experiencia clínica, conforman el argumento de mi novela *El día que Nietzsche lloró*, en la que de manera simultánea (y subrepticia) Friedrich Nietzsche y Josef Breuer hacen recíprocamente de paciente y terapeuta.

Creo que es algo común que los pacientes ayuden a sus terapeutas. Jung a menudo hablaba de la potenciada eficacia del sanador herido. Incluso afirmaba que la terapia funcionaba mejor cuando el paciente traía el bálsamo perfecto para la herida del terapeuta y que si el terapeuta no cambiaba, entonces el paciente tampoco cambiaba. Tal vez los sanadores heridos sean efectivos porque tienen una ma-

yor capacidad de empatizar con las heridas del paciente; quizás es porque participan más profunda y personalmente del proceso curativo.

Sé que en innumerables ocasiones he comenzado una sesión en un estado de intranquilidad personal y la he terminado sintiéndome mucho mejor sin hacer explícitamente ningún comentario sobre mi estado interior. Creo que he recibido ayuda de muchas maneras diferentes. A veces es simplemente el resultado de ser competente en mi trabajo, de sentirme mejor conmigo mismo tras haber utilizado mis habilidades y mi experiencia para ayudar a otro. A veces resulta del hecho de ser sacado de mí mismo y de entablar un contacto con otro. La interacción íntima siempre es saludable.

En particular, he experimentado este fenómeno en mi práctica de terapia de grupo. Muchas veces he comenzado una sesión con un grupo sintiéndome turbado por algún tema personal y he terminado la reunión sintiéndome bastante aliviado. El ambiente íntimo de curación de un buen grupo de terapia es casi tangible y ocurren cosas buenas cuando uno entra en esa aura. Scott Rutan, un eminente terapeuta de grupo, una vez comparó la terapia de grupo con un puente construido durante una batalla. Aunque pueda haber algunas bajas durante la etapa de construcción (es decir aquellos que abandonan), el puente, una vez levantado, puede transportar a mucha gente hacia un lugar mejor.

Éstos son efectos secundarios del hacer propio del sanador, momentos en los que el sanador subrepticiamente toma un poco de esa buena medicina que es la terapia. A veces la terapia del sanador es más explícita y transparente. Aunque el paciente no está allí para tratar al terapeuta, puede haber momentos en los que éste se vea abrumado por pesares difíciles de ocultar. La pérdida de un ser querido es quizás el dolor más común de todos, y muchos pacientes han tratado de dar ánimo al alma de un terapeuta en duelo, como en el ejemplo que cité anteriormente de la

respuesta de mi grupo de terapia a la muerte de mi madre. También recuerdo a cada uno de mis pacientes que humanamente se acercó a mí en ese momento, y no sólo para ayudarme a recomponerme de manera que pudiera atenderlos de manera más eficiente.

Tras la publicación de *Verdugo del amor* recibí una crítica adversa en el *The New York Times Book Review* y una positiva más tarde, la misma semana, en el *New York Times*. Varios de mis pacientes me dejaron mensajes o comenzaron la sesión siguiente preguntándome si había visto la buena crítica y conmiserándome por la adversa. En otra oportunidad, tras una entrevista particularmente maliciosa de un diario, un paciente me recordó que la gente usaría el diario para envolver pescado al día siguiente.

Se dice que Harry Stack Sullivan, un psiquiatra norteamericano muy influyente, una vez describió la psicoterapia como una discusión de temas íntimos entre dos personas, una de ellas más ansiosa que la otra. Y si el terapeuta desarrolla más ansiedad que el paciente, entonces él se vuelve el paciente y el paciente, el terapeuta. Además, la autoestima del paciente se ve aumentada de manera radical al ser de ayuda para el terapeuta. He tenido la oportunidad en varias ocasiones de cuidar a figuras importantes en mi vida. En un caso pude brindar consuelo a un mentor desesperado y luego me llamaron para que tratara a su hijo. En otra oportunidad, ofrecí en varias ocasiones consejo y consuelo a un antiguo terapeuta mayor, lo vi durante una larga enfermedad y tuve el privilegio de estar a su lado en el momento de su muerte. A pesar de haberme revelado las fragilidad de los mayores, estas experiencias sirvieron para enriquecerme y fortalecerme.

Capítulo 36

Fomente la apertura del paciente

La apertura es un ingrediente absolutamente esencial de la psicoterapia. Ningún paciente aprovecha la terapia si no hay una apertura de su parte. Es uno de esos acontecimientos automáticos de la terapia que notamos sólo cuando faltan. Mucho de lo que hacemos en la terapia —proveer un entorno seguro, establecer la confianza, explorar las fantasías y los sueños— sirve al propósito de la apertura.

Cuando un paciente se abre, deja expuesto un territorio nuevo y significativo, y revela algo hasta ese momento desconocido, algo particularmente difícil de hablar —algo potencialmente embarazoso, vergonzante, o incriminatorio—, jamás dejo de concentrarme tanto en el *proceso* del contenido como en el *contenido* mismo. (Recuerde que el proceso se refiere a la naturaleza de la relación entre las personas dentro de la interacción.) En otras palabras, en algún momento, a menudo después de una discusión total del contenido, me aseguro de enfocar mi atención al acto de la apertura del paciente. Primero me tomo el cuidado de tratar tal acción con ternura y comentar lo que siento acerca de la buena voluntad del paciente de confiar en mí. Luego vuelvo mi atención a la decisión de compartir ese material conmigo en ese momento.

La teoría de la "apertura vertical *versus* la apertura horizontal" puede ayudar a clarificar este punto. La apertura vertical se refiere a una apertura en profundidad acerca del contenido de la revelación. Si la apertura tiene que ver, por ejemplo, con la estimulación sexual que le produce al pa-

ciente vestirse con la ropa del sexo opuesto, entonces el terapeuta puede fomentar la apertura vertical indagando acerca del desarrollo histórico del cambio de ropa o de los detalles y circunstancias particulares de la práctica, es decir, qué ropa usa el paciente, que fantasías utiliza, si lo practica solo o lo comparte con alguien, etcétera.

La apertura horizontal, por el otro lado, es la apertura sobre el acto mismo de la apertura. Para facilitar la apertura horizontal formulamos preguntas tales como: ¿Qué hizo posible hablar de eso hoy? ¿Cuán difícil fue para usted? ¿Quiso compartir esto antes en otras sesiones? ¿Qué lo detuvo? Dado que sólo estamos usted y yo aquí, me imagino que debe de tener algo que ver con cómo supuso que yo respondería. (Los pacientes por lo general están de acuerdo con esta verdad autoevidente.) ¿Cómo supuso que reaccionaría? ¿Qué respuesta vio hoy de parte mía? ¿Hay alguna pregunta acerca de mi respuesta que le gustaría hacerme?

En terapia de grupo, el proceso de apertura entra dentro de un foco particularmente agudo dado que las diferencias entre los miembros del grupo son muy evidentes. Éstos pueden evaluar, con un consenso bastante notable, a sus compañeros de grupo de acuerdo con el grado de transparencia. A la larga los grupos se vuelven muy impacientes con los miembros muy cerrados, y la falta de una buena disposición a abrirse se vuelve una cuestión importante dentro del grupo.

A menudo los miembros responden con impaciencia a las aperturas demoradas. "¡Ahora nos cuentas esa historia que tienes desde hace tres años!" dicen. "¿Y todo eso de lo que nos hiciste hablar durante los últimos seis meses? ¿Era puro cuento? Mira el tiempo que nos has hecho perder, todas esas reuniones en las que supusimos que tu matrimonio se estaba derrumbando exclusivamente por la frialdad de tu mujer y su desinterés por ti". Este proceso exige la intervención del terapeuta porque los pacientes no deben ser

castigados por su apertura, por más atrasada que sea. Lo mismo vale para la terapia individual. Cada vez que sienta ganas de decir: "Maldición, todas estas sesiones desperdiciadas, ¿por qué no me lo dijo antes?", será el momento indicado para morderse la lengua y concentrarse en el hecho de que su paciente finalmente desarrolló la confianza necesaria para revelarle esta información.

Capítulo 37

La retroalimentación en la psicoterapia

La ventana Johari, un venerable paradigma sobre personalidad utilizado para la instrucción de coordinadores y miembros de grupos sobre la apertura y la retroalimentación, tiene también mucho que ofrecer a la terapia individual. Su extraño nombre es una fusión (Joe + Harry) de los nombres propios de las dos personas que lo describieron: Joe Luft y Harry Ingram. Nótense los cuatro cuadrantes: público, ciego, secreto, inconsciente.

	Conocido para uno mismo	***Desconocido para uno mismo***
Conocido para los otros	1. Público	2. Ciego
Desconocido para los otros	3. Secreto	4. Inconsciente

Cuadrante 1 (*conocido para uno mismo y para los otros*) es el uno mismo público.

Cuadrante 2 (*desconocido para uno mismo y conocido para los otros*) es el uno mismo ciego.

Cuadrante 3 (*conocido para uno mismo y desconocido para los otros*) es el uno mismo secreto.

Cuadrante 4 (*desconocido para uno mismo y para los otros*) es el uno mismo inconsciente.

Los cuadrantes varían de tamaño según los individuos: algunas celdas son grandes en algunas personas, pequeñas en otras. En terapia intentamos cambiar el tamaño de las cuatro celdas. Tratamos de ayudar a que la célula pública crezca a expensas de las otras tres y que el uno mismo secreto se encoja a medida que los pacientes, a través del proceso de apertura o autorrevelación, comparten más de sí mismos, al principio con el terapeuta y luego juiciosamente con las otras personas de sus vidas que sean adecuadas. Y, por supuesto, esperamos disminuir el tamaño del uno mismo inconsciente ayudando a los pacientes a explorar y familiarizarse con capas cada vez más profundas de sí mismos.

Pero es la célula número dos, el *uno mismo ciego*, a la que apuntamos particularmente, tanto en terapia individual como en terapia grupal. Un objetivo de la terapia es incrementar la prueba de realidad y ayudar a los individuos a verse tal como los ven los otros. Es por medio de la retroalimentación que el *uno mismo ciego* se vuelve notablemente más pequeño.

En la terapia de grupo, la retroalimentación es en su mayor parte entre los miembros. En las sesiones de grupo los miembros interactúan mucho entre sí y se genera mucha información en torno a los patrones interpersonales. Si se conduce el grupo adecuadamente, los miembros reciben mucha retroalimentación de los otros miembros sobre la manera en que son vistos por los otros. Pero la retroalimentación es una herramienta delicada y los miembros aprenden pronto que es muy útil si:

1. Emana de observaciones del "aquí y ahora".
2. Sigue lo más cerca posible al suceso que la generó.
3. Se centra en observaciones y sentimientos específicos

generados en el oyente más que en conjeturas o interpretaciones acerca de la motivación del hablante.

4. El receptor revisa la retroalimentación con otros miembros para obtener una validación consensual.

En el sistema de dos personas de la terapia individual, la retroalimentación es menos variada y voluminosa pero no obstante es una parte instrumental del proceso terapéutico. Es a través de ella que los pacientes se vuelven mejores testigos de su propio comportamiento y aprenden a valorar el impacto que tiene su conducta en los sentimientos de los otros.

Capítulo 38

Sea efectivo y amable al brindar la retroalimentación

Si usted tiene impresiones claras sobre el "aquí y ahora" que parecen pertinentes con los temas centrales de su paciente, debe desarrollar modos de transmitir esas observaciones de una manera tal que el paciente pueda aceptarlas.

Hay pasos que me resultan útiles al inicio de la terapia. Primero, incorporo al paciente como un aliado y le solicito su permiso para ofrecer mis observaciones del "aquí y ahora". Luego dejo en claro que estas observaciones son de mucha importancia para las razones que trajeron al paciente a la terapia. Por ejemplo, en una de estas primeras sesiones podría decir:

> —Quizá pueda ayudarlo a comprender lo que anda mal en sus relaciones con los otros examinando nuestra relación tal como se va desarrollando. Aunque nuestra relación no es lo mismo que una amistad, tiene, sin embargo, mucho en común, particularmente la naturaleza íntima de nuestra charla. Si se me ocurre alguna observación acerca de usted que quizás arroje luz sobre lo que ocurre entre usted y los otros, quisiera poder señalársela. ¿Le parece bien?

Es casi imposible que el paciente rechace este ofrecimiento y, una vez fijado este contrato, me siento más osado y menos intrusivo en la retroalimentación. Por lo general un acuerdo de esta índole es una buena idea y puede

servir para recordárselo al paciente en caso de que se produzca alguna situación incómoda en relación con la retroalimentación.

Consideremos por ejemplo estos tres pacientes:
Ted, que durante tres meses habla con voz suave y rehúye mi mirada.
Bob, un ejecutivo de alto rango, capaz y dinámico, que viene a todas las sesiones con una agenda y toma notas y me pide que repita muchas de mis frases para no perderse ninguna palabra.
Sam, que divaga y teje continuamente largas y tangenciales historias sin sentido.

Cada uno de estos tres pacientes informó tener grandes dificultades para entablar relaciones íntimas y en cada caso su conducta del "aquí y ahora" estaba obviamente enlazada con sus problemas de relación. La tarea, en cada una de las tres instancias, era encontrar un método adecuado de compartir mis impresiones.

—Ted, me doy cuenta con claridad de que nunca me mira a los ojos. Por supuesto, no sé *por qué* saca la mirada pero me doy cuenta de que me incita a hablarle muy suavemente, casi como si usted fuese frágil, y esa sensación de fragilidad me lleva a sopesar cuidadosamente todo lo que le digo. Creo que esta precaución me impide ser espontáneo y sentirme cerca de usted. ¿Le sorprenden mis comentarios? Quizá ya los haya oído antes.

—Bob, permítame compartir con usted algunas sensaciones que tengo. Las agendas que trae a sesión y el hecho de tomar nota me muestran lo mucho que trabaja para aprovechar el tiempo. Valoro su dedicación y su preparación, pero a la vez estas actividades me produ-

cen un efecto muy definido. Percibo en nuestras reuniones una atmósfera demasiado empresarial en vez de personal y a veces siento que me estudia y me evalúa tan minuciosamente que ahoga mi espontaneidad. Noto que soy con usted más cauto de lo que quisiera. ¿Es posible que usted afecte a los otros de la misma manera?

—Sam, permítame que lo interrumpa. Usted está contando una historia muy larga y estoy empezando a sentirme perdido: estoy perdiendo de vista qué relevancia tiene para nuestro trabajo. Muchas de sus historias son realmente interesantes. Usted es un narrador muy bueno, pero a la vez esas historias operan como una barrera entre nosotros. Las historias me alejan de usted y me impiden un encuentro más profundo. ¿Oyó alguna vez que alguien le dijera esto?

Nótese atentamente la utilización de las palabras en cada una de las respuestas. En cada una de ellas me atengo a mis observaciones de la conducta que veo y a cómo me hace sentir tal conducta. Pongo mucha atención en evitar cualquier conjetura acerca de la intención del paciente, es decir, no comento que el paciente está tratando de evitarme al no mirarme a los ojos, o de controlarme con el hecho de tomar notas en la agenda o de entretenerme con sus largas historias. Si me concentro en mis propios sentimientos, entonces es mucho menos probable que evoque una actitud defensiva; después de todo son *mis* sentimientos y no pueden ser cuestionados. En cada caso también introduzco la idea de que mi deseo es estar más cerca de estos pacientes y conocerlos mejor y que el comportamiento en cuestión me distancia y puede distanciar también a otros.

Capítulo 39

Aumente la receptividad a la retroalimentación utilizando "partes"

Otras sugerencias con respecto a la retroalimentación. Evite generalizar; por el contrario, hágala de manera focalizada y explícita. Evite responder afirmativamente a preguntas generales de sus pacientes sobre si ellos le agradan. Aumente en cambio la utilidad de su respuesta reformulando la pregunta y hablando de los aspectos del paciente que lo acercan a él y de aquellos que lo alejan.

La utilización de "partes" resulta con frecuencia útil para disminuir la resistencia. Consideremos, por ejemplo, el caso de un paciente que siempre se atrasa con el pago de los honorarios. Cada vez que hablamos de eso se siente penosamente avergonzado y ofrece una serie de torpes excusas.

> —Dave, entiendo que puede haber razones objetivas para que no pague a tiempo. Me doy cuenta de que usted trabaja mucho en la terapia, que me valora y que también nuestro trabajo le resulta valioso. Pero también pienso que hay alguna parte suya que se resiste y que experimenta fuertes sentimientos con relación a pagarme. Por favor, quisiera hablarle a esa parte suya.

El uso de "partes" es un concepto muy útil para socavar la negación y la resistencia en muchas fases de la terapia y a menudo es una forma amable y elegante de explorar la ambivalencia. Además, para los pacientes que no toleran la

ambivalencia y tienden a ver la vida en términos de blanco y negro, es una introducción efectiva a la noción de las distintas tonalidades de gris.

Por ejemplo, consideremos el caso de uno de mis pacientes gays que es muy imprudente en cuanto al cuidado en sus relaciones sexuales y ofrece distintas racionalizaciones al respecto. Mi manera de encararlo fue decirle: "John, entiendo que usted piense que en esta situación las chances de que usted contraiga VIH son sólo de una en mil quinientas. Pero también sé que hay una parte suya que es particularmente imprudente o descuidada. Quiero conocer y poder hablar con esa parte, esa milquinientava parte suya".

O a un paciente desesperado y suicida: "Entiendo que se siente profundamente desanimado, que a veces tiene ganas de largar todo, que ahora mismo incluso tiene ganas de quitarse la vida. Pero sin embargo hoy usted está aquí. Alguna parte suya ha traído al resto de usted hasta mi consultorio. Ahora, por favor, yo querría hablar con esa parte, la parte que quiere vivir".

Capítulo 40

La retroalimentación: Golpee cuando el hierro esté frío

Una nueva paciente, Bonny, entra en mi consultorio. Tiene cuarenta años, es atractiva y tiene un rostro angelical que reluce como si recién acabaran de pulirlo. Aunque es una persona sociable y tiene muchos amigos, me dice que siempre la dejan afuera. A los hombres les gusta acostarse con ella pero indefectiblemente eligen desaparecer de su vida tras unas pocas semanas. ¿Por qué? pregunta ella. ¿Por qué nadie me toma en serio?

En mi consultorio siempre es efervescente y entusiasta y me hace pensar en una animada guía de turismo o en un adorable cachorro moviendo la cola. Parece una nenita: es limpia, le gusta la diversión, nada complicada, pero muy irreal y poco interesante. No es difícil entender por qué los demás no logran tomarla en serio.

Estoy seguro de que mis observaciones son importantes y de que debería utilizarlas en la terapia. Pero ¿cómo? ¿Cómo puedo evitar lastimarla y provocar que se cierre y tome una actitud defensiva? Un principio que me ha resultado muy útil en muchas ocasiones es golpear cuando el hierro está frío, es decir, hacer la retroalimentación acerca de su comportamiento cuando está actuando de otra manera.

Por ejemplo, un día lloró muy amargamente en mi consultorio mientras hablaba de asistir a la boda de su hermana menor. La vida le estaba pasando de largo; sus amigas se estaban casando mientras que lo único que ella hacía era

envejecer. Componiéndose rápidamente, se le iluminó la cara con una sonrisa y se disculpó por comportarse como "una niña" y dejarse llevar de esa manera en mi consultorio. Aproveché la oportunidad para decirle que no sólo las disculpas eran innecesarias sino que, por el contrario, era particularmente importante que ella compartiera conmigo sus momentos de desesperación.

—Me siento —dije— mucho más cerca de usted hoy. Parece mucho más real. Es como si ahora realmente la conociera, mejor que nunca antes.
Silencio.
—¿Qué piensa, Bonny?
—¿Quiere decir que tengo que derrumbarme ante usted para que sienta que me conoce?
—Puedo entender de qué modo lo pensaría usted. Déjeme que le explique. Muchas veces cuando usted entra en el consultorio siento que es chispeante y divertida; sin embargo me siento lejos de quien es usted en realidad. Hay una cierta efervescencia que usted tiene a veces que es muy encantadora, pero también actúa como una barrera que nos mantiene separados. Hoy es diferente. Hoy me siento realmente conectado con usted y tengo la corazonada de que éste es el tipo de conexión que usted anhela en sus relaciones sociales. Dígame, ¿siente que mi reacción es extraña? ¿O familiar? ¿Alguien le dijo esto alguna vez? ¿Es posible que lo que le estoy diciendo pueda tener alguna relevancia con lo que le sucede en otras relaciones?

Otra técnica relacionada emplea estadios de edad. A veces siento que un paciente está en un determinado estadio de edad, a veces en otro, y trato de encontrar una manera aceptable de compartir esto con el paciente, por lo general comentándolo cuando siento que se encuentra en un esta-

dio de edad apropiada. A algunos pacientes este concepto les resulta particularmente importante y muchos se observan a sí mismos con frecuencia y comentan sobre la edad que sienten tener durante una sesión determinada.

Capítulo 41

Hable de la muerte

El miedo a la muerte se filtra permanentemente por debajo de la superficie. Nos obsesiona a lo largo de toda la vida y erigimos defensas —muchas basadas en la negación— para ayudarnos a lidiar con la conciencia de la muerte. Pero no podemos quitárnosla de la mente. Se derrama por sobre nuestras fantasías y nuestros sueños. Se libera desaforada en nuestras pesadillas. Cuando éramos chicos nos preocupaba la muerte y una de las principales tareas de nuestro desarrollo ha sido enfrentar el temor a la desaparición.

No hay tratamiento terapéutico que no reciba la visita de la muerte. Ignorar su presencia transmite el mensaje de que es demasiado terrible como para hablar de ella. No obstante, la mayor parte de los terapeutas evita hablar directamente de la muerte. ¿Por qué? Algunos lo evitan porque no saben qué hacer con ella. "¿Qué sentido tiene?", preguntan. "Volvamos al proceso neurótico, algo que podemos modificar." Otros cuestionan la relevancia de la muerte para el proceso terapéutico y siguen el consejo del gran Adolph Meyer, que recomendó no rascar donde no pica. Y están los que se niegan a sacar un tema que inspira una gran angustia en un paciente de por sí angustiado (y en un terapeuta también).

Sin embargo, existen varias buenas razones por las que debemos enfrentar el tema de la muerte durante el curso de una terapia. Primero, recuerde que la terapia es una exploración profunda y abarcativa sobre la dirección y el sentido de la propia vida; dado el lugar central que ocupa la muerte en nuestra existencia, dado que la vida y la muerte

son interdependientes, ¿cómo podríamos ignorarla? Desde que existen registros escritos del pensamiento, los humanos se han percatado de que todo se desvanece, de que tememos la desaparición y de que debemos encontrar una manera de vivir a pesar de ese temor y de la desaparición misma. Los psicoterapeutas no pueden permitirse ignorar a los tantos grandes pensadores que han concluido que aprender a vivir bien es aprender a morir bien.

Capítulo 42

La muerte y la exaltación de la vida

A la mayoría de los trabajadores de la salud que asisten a personas agonizantes se les recomienda durante su formación la lectura de *La muerte de Ivan Ilyich*, de Tolstoi. Ivan Ilyich, un burócrata de alma mezquina que está agonizando, tropieza al final de su vida con un pensamiento que lo deja pasmado: se da cuenta de que está muriendo de una manera espantosa porque así vivió. Esa gran intuición produce un gran cambio en su persona y en sus últimos días la vida de Ivan Ilyich desborda de una paz y un sentido que jamás antes había alcanzado. Muchas otras obras de literatura contienen un mensaje similar. Por ejemplo en *La guerra y la paz*, Pierre, el protagonista, sufre una transformación tras ser salvado a último momento de un escuadrón de fusilamiento. Scrooge, en *A Christmas Carol*, no se transforma de repente en un hombre nuevo debido a la alegría de las Navidades; más bien su transformación se produce cuando el espíritu del futuro le permite presenciar su propia muerte y las riñas de unos extraños por causa de sus posesiones. El mensaje en todas estas obras es simple y profundo: aunque la materialidad de la muerte nos destruye, su idea puede salvarnos.

En los años que trabajé con pacientes con enfermedades terminales, vi a varias personas que, frente a la muerte, sufrieron un cambio personal significativo y positivo. Los pacientes sentían que se habían vuelto más sabios; volvieron a priorizar sus valores y comenzaron a despreocuparse de las trivialidades. Era como si el cáncer hubiese cu-

rado sus neurosis; las fobias y las preocupaciones interpersonales que limitaban sus vidas parecieron evaporarse.

Siempre hice que mis alumnos observaran a los grupos de pacientes con cáncer. Por lo general, en las instituciones de enseñanza, los grupos permiten la observación por parte de estudiantes, pero lo hacen de mala gana y a menudo sin poder vencer por completo cierto resquemor. Pero eso no ocurría en mis grupos de pacientes con cáncer terminal. Por el contrario, aceptaban de buena gana la oportunidad de compartir lo que habían aprendido. "Pero qué lástima", oí decir a tantos pacientes, "que tuvimos que esperar hasta ahora, hasta que nuestros cuerpos estuvieran destrozados por el cáncer para aprender a vivir".

Heidegger hablaba de dos modos de existencia: el modo cotidiano y el modo ontológico. En el modo cotidiano, el entorno material nos consume y nos distrae: nos llena de admiración el *cómo* son las cosas del mundo. En el modo ontológico nos concentramos en el ser *per se*, es decir, nos llena de admiración que *las cosas sean*. Cuando existimos del modo ontológico —el reino más allá de las preocupaciones cotidianas— estamos en un estado de particular predisposición para el cambio personal.

¿Pero cómo pasamos del modo cotidiano al modo ontológico? Los filósofos a menudo hablan de "experiencias límites", experiencias apremiantes que nos arrancan de la cotidianeidad y fijan nuestra atención en el "ser" en sí. La experiencia límite más poderosa es una confrontación con la propia muerte. ¿Pero cuáles serían las experiencias límites en la práctica clínica de todos los días? ¿Cómo puede obtener el terapeuta el impulso para el cambio inherente al modo ontológico en pacientes que no enfrentan una muerte inminente?

Toda terapia está plagada de experiencias que, aunque menos dramáticas, pueden sin embargo alterar de manera efectiva la perspectiva.

Perder a un ser querido, luchar con la muerte del otro, es una experiencia límite cuyo poder pocas veces se aprovecha en el proceso terapéutico. Con demasiada frecuencia en esos casos nos centramos extensa y exclusivamente en la pérdida, en las cosas que quedaron inconclusas en la relación, en la tarea de desprendernos del muerto y volver a ingresar en la corriente de la vida. Aunque todos estos pasos son importantes, no debemos descuidar el hecho de que la muerte del otro también sirve para que cada uno de nosotros confrontemos intensa y descarnadamente nuestra propia muerte. Hace muchos años, en un estudio sobre personas que habían padecido la muerte de un cónyuge, encontré que muchas de esas personas habían ido más allá de la simple reparación y recuperación de su nivel anterior de funcionamiento: entre un cuarto y un tercio de los sujetos lograban un nuevo nivel de madurez y sabiduría.

Además de la muerte y la pérdida de un ser querido, hay muchas otras oportunidades para hablar de temas relacionados con la muerte durante el curso de la terapia. Si tales temas no surgen, creo que el paciente simplemente está siguiendo las instrucciones encubiertas del terapeuta. La muerte y la mortalidad forman el horizonte de todas las conversaciones sobre el envejecimiento, los cambios corporales, los estadios de la vida y muchos hitos significativos, tales como aniversarios importantes, la partida de los hijos de la casa, el fenómeno del nido vacío, la jubilación, el nacimiento de los nietos. Una reunión de antiguos compañeros de escuela puede ser un catalizador particularmente potente. Todo paciente comenta, en un momento u otro, noticias del diario sobre un accidente, un homicidio, un aviso fúnebre. Y luego está, también, la huella inconfundible de la muerte en cada pesadilla.

Capítulo 43

Cómo hablar de la muerte

Yo prefiero hablar de la muerte directa y realistamente. Siempre me encargo de obtener, al poco tiempo de iniciado un tratamiento, una historia de la experiencia que el paciente ha tenido con la muerte y formulo preguntas tales como: ¿Cuándo se dio cuenta por primera vez de la existencia de la muerte? ¿Con quién lo habló? ¿Cómo respondían a sus preguntas los adultos? ¿Qué muertes experimentó? ¿A qué funerales asistió? ¿Creencias religiosas con respecto a la muerte? ¿Cómo ha cambiado a lo largo de su vida su actitud con respecto a la muerte? ¿Tiene sueños o fantasías fuertes con la muerte?

Abordo a los pacientes que padecen angustia de muerte severa de la misma manera directa. Una disección tranquila y realista de la angustia a menudo resulta aliviante. Con frecuencia es útil analizar el temor y preguntar con calma qué es precisamente lo que le resulta aterrador de la muerte. Las respuestas a estas preguntas por lo general incluyen temores al proceso mismo de morir, preocupación por los sobrevivientes, preocupación sobre el más allá (lo que elude la pregunta transformando la muerte en un acontecimiento que deja de ser irreversible) y sobre la aniquilación de la propia persona.

Una vez que los terapeutas demuestren su ecuanimidad al hablar de la muerte, sus pacientes sacarán el tema con mucha mayor frecuencia. Por ejemplo, a Janice, una madre de tres chicos de treinta y dos años, le habían practicado una histerectomía dos años antes. Obsesionada con la idea

de no poder tener más hijos, estaba celosa de las otras madres jóvenes, se enfurecía cuando algunos amigos la invitaban a un festejo por el nacimiento de un hijo y terminó rompiendo por completo con su mejor amiga a causa de una profunda y amarga envidia al quedar ésta embarazada.

Nuestras sesiones iniciales se centraron en su infatigable deseo de tener más hijos y sus ramificaciones en tantas distintas esferas de su vida. En la tercera sesión le pregunté si sabía en qué estaría pensando si no estuviera pensando en bebés.

—Déjeme que le muestre —dijo Janice. Abrió su cartera y extrajo una mandarina, la peló, me ofreció un gajo (que acepté) y comió el resto.

—Vitamina C —dijo—. Como cuatro mandarinas por día.

—¿Y por qué es tan importante la vitamina C?

—Evita que muera. Morir... ésa es la respuesta a su pregunta sobre en qué pensaría. Pienso en morir todo el tiempo.

La muerte la obsesionaba desde que tenía trece años, cuando había muerto su madre. Llena de rabia contra ella por haberse enfermado, se había negado a visitarla en el hospital durante las últimas semanas de su vida. Poco después, entró en pánico porque pensó que un episodio de tos indicaba que tenía un cáncer pulmonar y los médicos de la guardia no lograron tranquilizarla. Como su madre había muerto de un cáncer de mama, ella intentó retardar el crecimiento de sus pechos vendándoselos y durmiendo boca abajo. La culpa de haber abandonado a su madre la marcó de por vida y creía que dedicarse a sus hijos era una forma de reparar el no haberse ocupado de su madre, así como también de asegurarse de que no moriría sola.

No hay que olvidar que la preocupación por la muerte a menudo se disfraza con el atuendo del sexo. El sexo es el gran neutralizador de la muerte, su total y vital antítesis. Algunos pacientes expuestos a la gran amenaza de la muerte de pronto se obsesionan permanentemente con pensamientos sexua-

les. (Hay estudios TAT [Tests de Apreciación Temática] que documentan un incremento del contenido sexual en pacientes con cáncer.) El término francés para orgasmo, *la petite morte* (la pequeña muerte), significa la pérdida orgásmica de sí mismo que elimina el dolor de la separación, el solitario "yo" que se desvanece en la fusión del "nosotros".

Una paciente con un cáncer abdominal maligno una vez me consultó porque se había enamorado de su cirujano hasta tal punto que las fantasías sexuales con él reemplazaban el miedo a la muerte. Cuando por ejemplo tenía programado un tratamiento importante en el que él iba a estar presente, la decisión de qué ropa ponerse le consumió tanto la atención que perdió de vista el hecho de que su vida pendía de un hilo.

Otro paciente, un "eterno púber", prodigio de las matemáticas, seguía siendo como un niño y era extremadamente apegado a su madre hasta bien entrado en la adultez. Extraordinariamente dotado para concebir grandes ideas, para captar los puntos esenciales de nuevos y complejos campos de investigación, para las grandes ocurrencias repentinas, jamás había podido juntar la fuerza de voluntad necesaria para completar un proyecto, para armar una carrera, una familia o un hogar. La preocupación por la muerte no era algo consciente pero el tema entró en nuestra charla vía un sueño:

> —Mi madre y yo estamos en una habitación grande. Se parece a la habitación de una casa antigua, pero en lo que sería una de las paredes hay una playa. Caminamos hasta la playa y mi madre me insta a meterme en el agua. Al principio estoy reacio, pero le consigo una silla para que se siente y empiezo a entrar lentamente. El agua es muy oscura y pronto, a medida que entro más *profundo, hasta los hombros, las olas se vuelven granito.* Me despierto asfixiado y empapado en sudor.

La imagen de olas de granito cubriéndolo, una poderosa imagen de terror, muerte y enterramiento, nos ayudó a comprender su resistencia a dejar la niñez y a su madre y a entrar por completo en la adultez.

Capítulo 44

Hable sobre el sentido de la vida

Parece que los humanos somos criaturas buscadoras de sentido que hemos tenido la desgracia de ser arrojadas en un mundo desprovisto de un significado intrínseco. Una de nuestras principales tareas es inventar un sentido lo suficientemente robusto como para sostener nuestra vida y realizar al mismo tiempo la tramposa maniobra de negar nuestra autoría personal de ese sentido. De este modo concluimos que estaba "ahí afuera" esperando que lo descubriéramos. Nuestra búsqueda continua de sistemas de sentido válidos a menudo nos lleva a las crisis de sentido.

Son más los individuos que recurren a la terapia por preocupaciones acerca del sentido de la vida de lo que creen por lo general los terapeutas. Jung dijo que un tercio de sus pacientes lo consultaban por esa razón. Las quejas toman formas muy distintas: por ejemplo "Mi vida no tiene coherencia", "No tengo pasión por nada", "¿Por qué estoy vivo?", "¿Para qué?", "Seguramente la vida debe tener un sentido más profundo", "Me siento tan vacío... Mirar televisión todas las noches me hace sentir tan inútil e inservible". "Incluso todavía ahora, a los cincuenta años, no sé qué quiero hacer cuando sea grande".

Una vez tuve un sueño (descripto en *Mamá y el sentido de la vida*) en el que, mientras flotaba cerca de la muerte en una habitación de hospital, de repente me encontraba en un juego de un parque de diversiones (La Casa de los Horrores). Mientras el carro estaba por entrar en las fauces ne-

gras de la muerte, de repente veía a mi madre muerta entre la multitud y le gritaba: "¡Mamá, mamá! ¿Cómo estás?"

El sueño y en especial mi grito —¡Mamá, mamá! ¿Cómo estás?— me obsesionaron durante mucho tiempo, no por la imaginería de muerte del sueño sino por sus lúgubres implicaciones con respecto al sentido de la vida. ¿Era posible, me preguntaba, que hubiese guiado toda mi vida con el objetivo principal de obtener la aprobación de mi madre? Como había tenido una relación tormentosa con mi madre y no había valorado su aprobación mientras vivía, el sueño era tanto más mordaz.

La crisis de sentido descripta en el sueño me impulsó a explorar mi vida de una manera distinta. En una historia que escribí enseguida después del sueño, entablaba una conversación con el fantasma de mi madre con el fin de cerrar la brecha entre los dos y comprender cómo se entrelazaban y chocaban entre sí los distintos sentidos que cada uno le daba a la vida.

Algunos talleres experimentales utilizan distintos recursos para alentar la discusión sobre el sentido de la vida. Quizás el más común sea preguntar a los participantes qué epitafio les gustaría para sus tumbas. La mayoría de esas indagaciones sobre el sentido de la vida llevan a discusiones de metas tales como el altruismo, el hedonismo, la dedicación a una causa, la generatividad, la creatividad, la autorrealización. Muchos sienten que los proyectos de vida cobran más significado si trascienden a la propia persona, es decir, si están dirigidos a algo o a alguien fuera de ellos mismos, como el amor a una causa, a una persona, a una esencia divina.

El reciente éxito precoz de jóvenes millonarios de la alta tecnología a menudo genera una crisis en sus vidas que puede resultar instructiva con respecto a sistemas que le otorgan a la vida un sentido que no transciende a la propia persona. Muchos de esos individuos comienzan sus carre-

ras con una visión clara: triunfar, ganar un montón de dinero, vivir la buena vida, recibir el respeto de los colegas, retirarse jóvenes. Y un número sin precedente de jóvenes de unos treinta años hizo exactamente eso. Pero luego surgió la pregunta: ¿Y ahora qué? ¿Qué voy a hacer el resto de mi vida, los próximos cuarenta años?

La mayor parte de esos jóvenes que he visto continúan haciendo prácticamente lo mismo: inician nuevas empresas, tratan de repetir sus éxitos. ¿Por qué? Se dicen a ellos mismos que deben probar que no fue un simple golpe de suerte, que lo pueden hacer solos, sin la ayuda de un socio o un mentor. Se imponen metas más altas. Para sentir que ellos y sus familias están seguros, ya no les alcanza con tener uno o dos millones en el Banco; necesitan cinco, diez, o incluso cincuenta millones. Se dan cuenta de la irracionalidad y el sinsentido de ganar más dinero cuando ya tienen más de lo que podrían llegar a gastar, pero esto no los detiene. Se dan cuenta de que le están robando el tiempo a sus familias, a cosas que están más cerca de sus corazones, pero sencillamente no pueden salirse del juego. "El dinero está ahí nomás —me dicen—. Lo único que tengo que hacer es tomarlo". Tienen que hacer negocios. Un empresario de bienes raíces me dijo que sentía que iba a desaparecer si paraba. Muchos temen el aburrimiento; incluso la mínima pizca de aburrimiento los lanza corriendo de vuelta al juego. Schopenhauer dijo que el querer en sí mismo jamás se satisface: tan pronto se cumple un deseo, aparece otro. Aunque puede haber algún breve respiro, algún período fugaz de satisfacción, inmediatamente se transforma en aburrimiento. "Toda vida humana", dijo, "se sacude de un lado a otro entre el dolor y el aburrimiento".

A diferencia de mi enfoque con otras cuestiones existenciales esenciales (la muerte, el aislamiento, la libertad), creo que la mejor manera de encarar la cuestión del sentido de la vida es de un modo oblicuo. Lo que debemos hacer es sumer-

girnos en uno de todos los posibles sentidos, en particular uno que se base en trascender la propia persona. Lo que cuenta es el compromiso y cumpliremos mejor nuestra tarea como terapeutas si identificamos y ayudamos a quitar los obstáculos que impiden tal compromiso. Como enseñó el Buda, la pregunta por el sentido de la vida no es en sí misma constructiva. Uno debe sumergirse en el río de la vida y dejar que la pregunta se pierda como un tronco a la deriva.

Capítulo 45

La libertad

Anteriormente describí cuatro cuestiones últimas, cuatro hechos fundamentales de la existencia —la muerte, el aislamiento, la falta de sentido y la libertad— que, al confrontárselos, evocan una profunda ansiedad. El nexo entre "libertad" y ansiedad es difícil de intuir porque a primera vista la "libertad" parece contener sólo connotaciones claramente positivas. Después de todo, ¿no es acaso la libertad política lo que hemos anhelado y por lo que hemos luchado a lo largo de toda la historia de la civilización occidental? Sin embargo la libertad tiene un lado oscuro. Vista desde la perspectiva de la autocreación, de la elección, la voluntad y la acción, la libertad es psicológicamente compleja y está cargada de angustia.

Somos, en el sentido más profundo de la palabra, responsables de nosotros mismos. Somos, como dijo Sartre, los autores de nosotros mismos. Por medio de la suma de nuestras elecciones, de nuestras acciones y nuestras omisiones, en última instancia nos moldeamos a nosotros mismos. No podemos esquivar esta responsabilidad, esta libertad. En términos de Sartre, "estamos condenados a la libertad".

Nuestra libertad fluye incluso más profundo que el forjamiento de nuestra vida individual. Hace más de dos siglos Kant nos enseñó que somos responsables de dar forma y sentido no sólo al mundo interior sino también al mundo exterior. Percibimos el mundo exterior exclusivamente de acuerdo con el modo en que lo procesa nuestro aparato

neurológico y psicológico. La realidad no es en absoluto como la imaginamos en nuestra infancia; no entramos en (y al final dejamos) un mundo bien estructurado. Muy por el contrario, nosotros jugamos un rol central en la constitución de ese mundo y lo constituimos como si tuviese una existencia independiente.

¿Y la relación entre el lado oscuro de la libertad, la ansiedad y el trabajo terapéutico? Se puede encontrar una respuesta con el simple hecho de bajar la mirada. Si somos constructores primarios del mundo, entonces, ¿dónde se encuentra la sólida tierra sobre la que nos apoyamos? ¿Qué hay debajo de nosotros? La nada. *Das Nichts*, como dicen los filósofos alemanes. El abismo, el caos de la libertad. Y con la percepción de la nada en el corazón del ser viene una profunda ansiedad.

De allí que, si bien el término libertad está ausente en las sesiones de terapia y en los manuales de psicoterapia, sus derivados —responsabilidad, voluntad, decisión— son habitantes muy visibles de los esfuerzos psicoterapéuticos.

Capítulo 46

Ayudar a los pacientes a asumir la responsabilidad

Mientras los pacientes insistan en creer que sus problemas principales son el resultado de algo que está más allá de su control —las acciones de otras personas, los nervios, las injusticias de las clases sociales, los genes— entonces nosotros los terapeutas estaremos muy limitados en lo que tenemos para ofrecer. Podremos compadecernos, sugerir más métodos adaptativos para responder a los asaltos y las injusticias de la vida; podremos ayudar a los pacientes a adquirir ecuanimidad, o enseñarles a ser más efectivos en la modificación de sus entornos.

Pero si tenemos la esperanza de lograr cambios terapéuticos más significativos, debemos alentar a nuestros pacientes a asumir la responsabilidad, es decir, comprender de qué manera contribuyen a su aflicción. Una paciente puede, por ejemplo, describir una serie de experiencias horrendas en sus relaciones con las personas: los hombres la maltratan, sus amigas la traicionan, sus empleadores la explotan, sus amantes la engañan. Incluso si el terapeuta está convencido de la veracidad de los hechos descriptos, llega un momento en que hay que prestar atención al rol de la propia persona en esa secuencia de acontecimientos. El terapeuta tal vez deba decir: "Incluso si el noventa por ciento de las cosas que le suceden es culpa de otro, quiero que miremos al uno por ciento: la parte que es su responsabilidad. Tenemos que analizar su rol, aunque sea muy limitado, porque es ahí donde puedo serle de mayor ayuda".

La buena disposición a aceptar la propia responsabilidad varía mucho de paciente a paciente. Algunos alcanzan rápido una comprensión del rol que juegan en sus desgracias; a otros les resulta tan difícil asumir la responsabilidad, que esto constituye la parte principal de la terapia y, una vez dado ese paso, el cambio terapéutico se produce casi sin esfuerzo y automáticamente.

Todo analista desarrolla métodos para facilitar la tarea de asumir la propia responsabilidad. Personalmente, a veces enfatizo a los pacientes que se sienten muy explotados que no hay explotador sin explotado, es decir, que si una y otra vez se encuentran desarrollando el rol de explotados, entonces con toda seguridad, ese rol debe tener algún tipo de atractivo para ellos. ¿Qué podría ser? Algunos terapeutas toman la misma posición cuando confrontan a sus pacientes con la pregunta: "¿Qué provecho saca usted en esta situación?"

El formato de terapia de grupo tiene una capacidad particularmente poderosa para ayudar a los pacientes a comprender sus responsabilidades personales. Todos los pacientes comienzan la terapia en un pie de igualdad y en las primeras semanas o meses cada uno de los miembros ocupa un rol interpersonal particular dentro del grupo, un rol similar al que cada uno ocupa en su vida fuera del grupo. Además, el grupo es testigo del modo en que cada uno modela ese rol interpersonal. Estos pasos son mucho más obvios cuando se los va siguiendo en el "aquí y ahora" que cuando el terapeuta trata de reconstruirlos a partir del relato poco confiable del paciente.

El énfasis que el grupo de terapia pone en la retroalimentación inicia una secuencia de responsabilización:

1. Los miembros aprenden a conocer el modo en que su conducta es vista por los otros.
2. Luego aprenden a reconocer qué sentimientos provoca esa conducta en los otros.

3. Observan de qué manera su conducta modela la opinión que los otros se forjan de ellos.
4. Por último, aprenden que estos tres primeros pasos modelan lo que ellos sienten de sí mismos.

Así, el proceso comienza con el comportamiento del paciente y termina con la manera en que cada uno es valorado por los otros y por sí mismo.

Esta secuencia puede formar la base de poderosas intervenciones por parte del terapeuta de grupo. Por ejemplo: "Joe, veamos lo que está ocurriendo para ti en el grupo. Aquí estás tú, después de dos meses de terapia, no sintiéndote muy bien contigo mismo en este grupo y con varios miembros que se sienten impacientes contigo (o intimidados o esquivos o enojados o molestos o seducidos o engañados). ¿Qué ha sucedido? ¿Ése es un lugar familiar para ti? ¿Estarías dispuesto a analizar el papel que juegas para que todo esto suceda?"

Los terapeutas de pacientes individuales también aprovechan los datos del "aquí y ahora" cuando señalan la responsabilidad del paciente en el proceso terapéutico, por ejemplo, el llegar tarde, el ocultar información y sentimientos, el olvidarse de anotar los sueños, etcétera.

El asumir la responsabilidad es un primer paso esencial en el proceso terapéutico. Una vez que los individuos reconocen su rol en la creación de sus propias dificultades en la vida, también se dan cuenta de que ellos, y sólo ellos, tienen el poder de cambiar la situación.

Mirar la propia vida con objetividad y aceptar la responsabilidad de lo que uno se ha hecho a sí mismo puede provocar un gran pesar. El terapeuta debe anticipar ese pesar e intentar reencuadrarlo. A menudo les pido a mis pacientes que se proyecten en el futuro y que consideren de qué manera podrían vivir *ahora* para que de acá a cinco años puedan mirar hacia atrás sin que los vuelva a cubrir una nueva ola de arrepentimiento.

Capítulo 47

Nunca (casi nunca) tome decisiones por el paciente

Hace algunos años, Mike, un médico de treinta y tres años, me consultó a causa de un dilema apremiante: tenía un departamento de tiempo compartido en el Caribe y planeaba irse de vacaciones en un mes. Pero había un problema, un gran problema. Había invitado a dos mujeres —Darlene, su novia de hacía un cierto tiempo, y Patricia, una nueva mujer muy atractiva que había conocido un par de meses antes— a que lo acompañaran y las dos habían aceptado. ¿Qué debía hacer? La ansiedad lo tenía paralizado.

Describió su relación con las dos mujeres. Darlene, una periodista, había sido la reina de promoción del secundario y la había vuelto a encontrar en una reunión de ex alumnos hacía unos años. Le resultaba hermosa y atractiva y se enamoró de ella al instante. Aunque Mike y Darlene vivían en ciudades distintas, hacía tres años que protagonizaban un intenso romance, hablaban todos los días y pasaban casi todos los fines de semana y las vacaciones juntos.

Sin embargo en los últimos meses, el ardor de la relación se había enfriado. Mike se sentía menos atraído por Darlene y su vida sexual languidecía y a sus conversaciones telefónicas les faltaba entusiasmo. Además, sus deberes periodísticos le exigían viajar tanto que por lo general le resultaba difícil tener libres los fines de semana e imposible mudarse más cerca de él. Pero Patricia, su nueva amiga, parecía un sueño hecho realidad: pediatra, elegante, adinerada, vivía a un kilómetro de distancia y con muchas ganas de estar con él.

No era para romperse la cabeza. Volví a repetirle la descripción que me había hecho de las dos mujeres, preguntándome todo el tiempo, ¿cuál es el problema? La decisión parecía tan obvia —Patricia era perfecta y Darlene tan problemática— y el plazo final tan inminente que sentía una enorme tentación de meterme y decirle que no perdiera el tiempo y comunicara su decisión, la única decisión razonable que podía tomar. ¿Qué sentido tenía seguir dilatando las cosas? ¿Para qué hacerle todo más difícil a la pobre Darlene estirando el asunto de una manera innecesaria y cruel?

Aunque evité la trampa de decirle explícitamente qué hacer, me las ingenié para hacerle saber mi opinión. Nosotros los terapeutas tenemos nuestras mañas, frases tales como: "Me pregunto qué es lo que le impide llevar a cabo la decisión que ya parece haber tomado". (Y me pregunto qué demonios harían los terapeutas sin el artilugio del "Me pregunto".) Y así, de un modo u otro, le hice el gran servicio (en sólo tres sesiones aceleradas) de movilizarlo para que escribiera la inevitable carta de ruptura a Darlene y partiera con Patricia hacia un resplandeciente atardecer caribeño.

Pero el resplandor no duró demasiado. En los meses que siguieron sucedieron cosas muy extrañas. Aunque Patricia seguía siendo una mujer de ensueño, Mike fue sintiéndose cada vez más incómodo con su necesidad de cercanía y compromiso. No le gustó que ella le diera las llaves de su departamento y le insistiera para que él hiciera lo mismo. Y luego, cuando Patricia sugirió que vivieran juntos, Mike se opuso. En nuestras sesiones empezó a hablar con fervor de cómo valoraba su espacio y su soledad. Patricia era una mujer extraordinaria, sin ningún defecto. Pero se sentía invadido. No quería vivir con ella ni con nadie, y muy pronto cada uno siguió su camino.

Era el momento de que Mike buscara otra relación y un día me mostró un aviso que había puesto en un servicio de citas de Internet. Especificaba características particulares

de la mujer deseada (belleza, lealtad, edad aproximada, estudios y condición social) y describía el tipo de relación que estaba buscando (un acuerdo exclusivo pero separado en el que cada uno mantendría su propio espacio, hablar seguido por teléfono y pasar los fines de semana y las vacaciones juntos).

—¿Sabe una cosa, Doc? —dijo nostálgico—; la verdad es que se parece mucho a Darlene.

La moraleja de este cuento aleccionador es: cuídese de tomar decisiones por el paciente. Es siempre una mala idea. Como lo ilustra este pequeño relato, no sólo carecemos de una bola de cristal sino que trabajamos con datos muy poco confiables. La información suministrada por el paciente no sólo está distorsionada sino que con probabilidad irá cambiando con el tiempo o a medida que vaya evolucionando la relación con el terapeuta. Es inevitable que surjan factores nuevos e inesperados. Si, como sucedió en este caso, la información que presenta el paciente apunta muy fuertemente a un curso de acción específico, entonces el paciente, por distintas razones, está buscando apoyo para una decisión que puede ser o no el modo más sabio de acción.

Con el tiempo me he vuelto particularmente escéptico a los relatos que hacen los pacientes de la culpabilidad de sus parejas. Constantemente he tenido la experiencia de conocer al cónyuge y de quedar asombrado por la falta de convergencia entre la persona que estaba frente a mí y la persona de la que había oído hablar durante muchos meses. Lo que generalmente se omite en los relatos de desacuerdo matrimonial es el rol del mismo paciente en todo ese proceso.

Siempre nos irá mejor si nos basamos en datos más confiables, datos no filtrados por la parcialidad del paciente. Hay dos fuentes particularmente útiles de observaciones

más objetivas: las sesiones de pareja, en las que el terapeuta puede apreciar la interacción entre las dos partes y concentrarse en el "aquí y ahora" de la relación terapéutica, en donde los terapeutas pueden examinar de qué manera los pacientes contribuyen a sus relaciones personales.

Una advertencia: Hay veces en que la evidencia de que el paciente está sufriendo abuso por parte de un tercero es tan patente —y la necesidad de acción tan clara— que le incumbe al terapeuta ejercer toda su influencia para que se tomen ciertas decisiones. Personalmente, hago todo lo posible por disuadir a una mujer con evidencia física de maltrato de que retorne al lugar en el que es probable que vuelva a ser golpeada. De allí la cláusula "casi nunca" en el título de esta sección.

Capítulo 48

Decisiones: Una *via regia* hacia los fundamentos de la existencia

Tomar decisiones por los pacientes es una buena manera de perderlos. Los pacientes, a quienes se les asignan tareas que no pueden o no quieren realizar, son pacientes infelices. Sea que se resistan a ser controlados, o no se sientan aptos, o tiemblen ante la perspectiva de desilusionar a su terapeuta, el resultado es por lo general el mismo: terminan abandonando la terapia.

Pero más allá de la posibilidad del error técnico existe una razón mucho más apremiante para no tomar decisiones por el paciente: hay algo mucho mejor para hacer con los dilemas que exigen una decisión. Las decisiones son un camino directo hacia una rica región de la existencia: el reino de la libertad, la responsabilidad, la elección, el remordimiento, el deseo y la voluntad. Conformarse con consejos preventivos superficiales es perder la oportunidad de explorar este reino con su paciente.

Dado que los dilemas que exigen una toma de decisión despiertan la ansiedad de la libertad, muchos hacen todo lo posible por evitar tomar una decisión activa. Es por eso que algunos pacientes buscan ser liberados de las decisiones y, por medio de astutos artilugios, inducen a terapeutas incautos a que les quiten de encima el peso que éstas representan. U obligan a otras personas cercanas a que tomen la decisión por ellos: todo terapeuta ha visto pacientes que terminan una relación maltratando tanto a su pareja que ésta finalmente elige irse. Otros esperan a que la pareja cometa

alguna transgresión manifiesta; por ejemplo, una de mis pacientes atrapada en una relación muy destructiva dijo: "No logro dar por terminada la relación pero ruego que lo pesque en la cama con otra, así podría dejarlo".

Una de las primeras cosas que hago en la terapia es ayudar a los pacientes a asumir la responsabilidad por sus acciones. Trato de ayudarlos a comprender que toman una decisión incluso si no la toman o manejan a algún otro para que la tome por ellos. Una vez que los pacientes aceptan esa premisa y son dueños de su propia conducta, entonces, de una manera u otra, les planteo la pregunta clave: ¿Está satisfecho? (Satisfecho tanto con la naturaleza de la decisión como con el modo de tomarla.)

Tomemos, por ejemplo, el caso de un hombre casado que tiene una historia amorosa que lo distancia de su mujer y la maltrata tanto que es entonces ella, no él, la que decide poner fin al matrimonio. Comienzo por dejar al desnudo su patrón de desconocer sus propias decisiones, un patrón que tiene como resultado el sentir que uno es controlado por los acontecimientos externos. Mientras niegue su propia responsabilidad, es improbable que se dé un cambio real porque su atención estará dirigida a cambiar su entorno en vez de a sí mismo.

Cuando el paciente se da cuenta de su responsabilidad en poner fin al matrimonio y comprende que fue él quien eligió terminarlo, entonces enfoco su atención al hecho de cuán satisfecho está con el modo en que tomó la decisión. ¿Actuó de buena fe con su compañera de tantos años, con la madre de sus hijos? ¿Qué remordimientos tendrá en el futuro? ¿Cuánto respeto podrá tener por sí mismo?

Capítulo 49

Céntrese en la resistencia a tomar decisiones

¿Por qué son tan difíciles las decisiones? En la novela de John Gardner, *Grendel*, el protagonista, confundido por los misterios de la vida, consulta a un sabio sacerdote que pronuncia dos simples frases: Todo se desvanece y las alternativas excluyen.

"Las alternativas excluyen": ese concepto reside en el corazón de tantas difíciles decisiones. Por cada "sí" debe haber un "no". Las decisiones son caras porque exigen una renuncia. Este fenómeno ha atraído a grandes mentes a lo largo de todos los tiempos. Aristóteles imaginaba un perro furioso incapaz de decidir entre dos porciones de comida igualmente atractivas y los escolásticos medievales escribieron sobre el burro de Burridan, que desfallecía de hambre entre dos fardos de heno que olían igual de rico.

En el capítulo 42 describí de qué modo la muerte es una experiencia límite capaz de llevar a un individuo de un estado mental cotidiano a un estado ontológico (un estado en el que se está consciente de ser) en el que el cambio resulta más posible. La decisión es otra experiencia límite. No sólo nos enfrenta con el grado en que nos creamos a nosotros mismos, sino con el límite de las posibilidades. Tomar una decisión nos separa de otras posibilidades. Elegir a una mujer, o una carrera, o una universidad, significa abandonar la posibilidad de otras. Cuanto más enfrentamos nuestros límites, más tenemos que abandonar el mito de lo especiales que somos como personas, de nuestro potencial

ilimitado, de nuestra inmortalidad y de nuestra inmunidad a las leyes del destino biológico. Es por estas razones que Heidegger se refería a la muerte como *la imposibilidad de una posibilidad ulterior*. El camino que lleva hacia la toma de decisiones puede resultar difícil porque conduce hacia el territorio tanto de la finitud como de lo abismal, dominios penetrados por la ansiedad. *Todo se desvanece y las alternativas excluyen.*

Capítulo 50

Facilitar la conciencia a través del consejo

Aunque ayudamos a nuestros pacientes a resolver el dilema de tener que tomar decisiones principalmente colaborando para que asuman la responsabilidad y exponiendo las profundas resistencias a elegir, cada terapeuta utiliza distintas técnicas facilitadoras.

Personalmente suelo ofrecer consejo o prescribir ciertas conductas, no como un modo de usurpar la decisión de mi paciente, sino con el fin de desalojar un pensamiento demasiado atrincherado o un determinado patrón de conducta. Por ejemplo, Mike, un científico de treinta y cuatro años, estaba desesperado porque no lograba decidir si debía pasar a visitar a sus padres en un futuro viaje de trabajo. Cada vez que lo había hecho en los últimos años había tenido una pelea con su padre, un obrero algo brusco, que le reprochaba tener que ir a buscarlo al aeropuerto y lo regañaba por no haber alquilado un auto.

En su último viaje se había producido una escena tan desagradable en el aeropuerto que había suspendido la visita ahí mismo y se había ido, sin volver a hablar con su padre desde entonces. No obstante quería ver a su madre —de la que era muy cercano—, y quien estaba de acuerdo con el juicio que él tenía de su padre de que era una persona tacaña, vulgar e insensible.

Insté a Mike a que visitara a su familia pero que le dijera a su padre que estaba decidido a alquilar un auto. Mike se quedó desconcertado por mi sugerencia. Su padre siem-

pre había ido al aeropuerto a buscarlo, ése era su rol. Tal vez hasta se ofendiera de que no lo necesitara. Además, ¿qué sentido tenía ese gasto de dinero? Una vez que estuviera en casa de sus padres, el auto resultaría totalmente inútil. Para qué gastar ese dinero si después iba a estar ahí parado un día o dos.

Le recordé que su salario de investigador era más del doble del de su padre. Y si estaba preocupado por que se ofendiese, ¿por qué no trataba de tener una amable charla telefónica con él explicándole las razones por las que había decidido alquilar un auto?

—¿Una charla telefónica con mi padre? —dijo Mike—. Es imposible. Nunca hablamos por teléfono. Hablo sólo con mi madre cuando llamo.

—Tantas reglas. Tantas reglas familiares fijas —reflexioné—. ¿Usted dice que quiere que las cosas con su padres cambien? Para que eso suceda tiene que cambiar algunas reglas familiares. ¿Cuál es el riesgo de abrir todo a la libre discusión, por teléfono, en persona, incluso por carta?

El paciente finalmente cedió a mis exhortaciones y, con su propio estilo y su propia voz, comenzó a cambiar su relación con el padre. Cambiar una parte del sistema familiar siempre afecta a las otras y en esta instancia su madre reemplazó a su padre como el primer problema familiar durante varias semanas. Al final también eso se resolvió; la familia gradualmente se unió y Mike tuvo una clara sensación del rol que él había jugado en la distancia que existía entre él y su padre.

Otro paciente, Jared, no podía dar los pasos necesarios para renovar su tarjeta verde. Aunque yo sabía que por debajo de su postergación había temas dinámicos potencialmente fértiles, éstos tendrían que esperar para que los explorásemos porque si no actuaba de inmediato, estaría

obligado a dejar el país, abandonando no sólo un prometedor emprendimiento de investigación y una relación romántica floreciente, sino también la terapia. Le pregunté si quería que lo ayudara con la solicitud de renovación de la tarjeta verde.

Me respondió que sí y armamos y bosquejamos un curso de acción y un programa. Me prometió que en veinticuatro horas me enviaría por correo electrónico copias de su pedido de cartas de referencia de ex profesores y empleadores y, en nuestra próxima reunión, en siete días, me traería al consultorio las solicitudes completadas.

La intervención bastó para resolver la crisis y nos permitió volver nuestra atención al significado de la postergación, sus sentimientos con relación a mi intervención, su deseo de que yo me hiciera cargo de sus cosas y su necesidad de ser observado y socorrido.

Otro ejemplo es el de Jay, que quería romper con Meg, una mujer con la que había tenido un relación íntima durante varios años. Ella había sido una amiga muy cercana de su mujer y había ayudado a cuidarla durante una enfermedad terminal y luego lo había apoyado a él durante su horrendo duelo de tres años. Jay se había aferrado a Meg y había vivido con ella todo ese tiempo pero, a medida que fue recobrándose de su dolor, se dio cuenta de que no eran compatibles y, después de otro doloroso año de indecisión, al final le pidió que se fuera.

Aunque no la deseaba como esposa, estaba extremadamente agradecido con ella y le ofreció un departamento libre de renta en un edificio que le pertenecía. Después tuvo una serie de relaciones breves con otras mujeres. Cada vez que terminaba una de estas relaciones se sentía tan angustiado por la soledad que volvía con Meg hasta que aparecía una nueva mujer más adecuada. Durante todo ese tiempo

le daba a entender a Meg, muy sutilmente, que a la larga tal vez formaran de nuevo una pareja. La respuesta de Meg fue poner su vida "en espera" y en un estado de eterna disponibilidad para él.

Le sugerí que sus acciones de mala fe con Meg eran responsables no sólo de que él estuviese paralizado en la vida sino también de gran parte de su propia disforía leve y de su culpa. Él negó que estuviera actuando de mala fe y citó como prueba su generosidad al haberle ofrecido a Meg el departamento libre de renta. Si realmente era generoso con ella, le señalé, por qué no le brindaba ayuda de otra manera que no la mantuviese atada a él, por ejemplo, darle directamente un regalo en dinero al contado o la escritura de un departamento. Unas pocas sesiones más de ese tipo de confrontación tuvieron como resultado que reconociese ante sí mismo y ante mí que estaba rehusando egoístamente dejarla ir: quería mantenerla en espera, como reserva, como un seguro contra la soledad.

En cada uno de estos ejemplos el consejo que ofrecí no tenía la intención de ser un fin en sí mismo sino un medio por el cual alentar la exploración: de las reglas del sistema familiar, del significado y el resultado de la postergación y los anhelos relacionados con ella, de la naturaleza y las consecuencias de la mala fe.

Por lo general, es el proceso mismo de brindar consejo el que ayuda, más que el contenido específico del consejo. Por ejemplo, una vez me consultó un médico que se hallaba paralizado en un estado de postergación. Estaba en serias dificultades con el hospital por su incapacidad para llenar planillas médicas, lo que había provocado que su escritorio estuviera cubierto por una montaña de esas planillas sin completar.

Intenté todo para movilizarlo. Visité su oficina para eva-

luar la magnitud de la tarea. Le pedí que trajera al consultorio las planillas y una máquina para dictados de modo que pudiera hacerle algunas sugerencias técnicas sobre cómo utilizarla. Armamos un programa semanal de dictado y yo lo llamaba para asegurarme de que lo seguía.

Ninguna de estas intervenciones específicas tuvo un contenido que sirviera de algo, pero sin embargo el proceso lo movilizó; es decir, el hecho de preocuparme lo bastante como para extenderme más allá del espacio de mi consultorio. La subsiguiente mejoría en nuestra relación al final condujo a un buen trabajo terapéutico que dejó como resultado que él descubriera sus propios métodos para lidiar con la acumulación de trabajo.

Capítulo 51

Facilitar las decisiones: Otros métodos

Como todos los terapeutas, tengo mis propias técnicas de movilización favoritas, desarrolladas a lo largo de muchos años de práctica. A veces me resulta útil subrayar lo absurdo que es creer que las resistencias se basan en acontecimientos pasados irreversibles. Una vez tuve un paciente con una resistencia muy fuerte y muy paralizado en la vida, que seguía culpando a su madre por acontecimientos que habían ocurrido décadas antes. Lo ayudé a comprender lo absurdo de su posición pidiéndole que repitiera, varias veces, la siguiente frase: "No voy a cambiar, madre, hasta que me trates distinto de como me tratabas cuando tenía ocho años". De vez en cuando a lo largo de todos estos años he usado este método efectivo (naturalmente con variaciones en la frase de acuerdo con la situación particular de cada paciente). A veces sólo les recuerdo que tarde o temprano van a tener que abandonar la meta de tener un pasado mejor.

Otros pacientes dicen que no pueden actuar porque no saben lo que quieren. En estos casos, trato de ayudarlos a localizar y experimentar sus deseos. Esto puede resultar agotador y al final muchos terapeutas se cansan y querrían gritar: "¿Nunca quiere nada?" Karen Horney a veces decía, quizá con exasperación: "¿Jamás pensó en preguntarse a usted mismo qué quiere?" Algunos pacientes sienten que no tienen el derecho de querer algo, otros intentan evitar el dolor de la pérdida abandonando todo deseo. ("Si nunca de-

seo nada, jamás volveré a desilusionarme.") Otros no experimentan o expresan deseos con la esperanza de que los adultos que tienen a su alrededor adivinen sus necesidades.

Ocasionalmente los individuos reconocen lo que desean cuando esto les es arrebatado. He comprobado que a veces resulta útil, al trabajar con personas que están confundidas con respecto a sus sentimientos hacia otro, imaginar (o dramatizar) una conversación telefónica en la que el otro rompe la relación. ¿Qué sienten entonces? ¿Tristeza? ¿Alivio? ¿Alegría? ¿Podemos luego nosotros encontrar una manera de permitir que estos sentimientos informen a su conducta y a sus decisiones proactivas?

A veces he logrado despertar a pacientes atrapados en un dilema sin poder decidir citándoles una línea de *La caída*, de Camus, que siempre me ha impactado profundamente: "Créame, lo más difícil de abandonar para un hombre es aquello que después de todo realmente no necesita".

He probado muchas maneras de ayudar a los pacientes a ver más objetivamente. A veces resulta útil un plan de alteración de la perspectiva que he aprendido de un supervisor, Lewis Hill. Hago que el paciente se vuelva su propio consejero del siguiente modo:

> —Mary, estoy un poco trabado con una de mis pacientes y me gustaría hacerle una consulta; tal vez pueda darme alguna sugerencia útil. Estoy tratando a una mujer inteligente, sensata, atractiva, de unos cuarenta y cinco años, que me dice que su matrimonio es un verdadero horror. Hace años que planeaba dejar a su marido cuando la hija se fuera de su casa para estudiar en la facultad. Ya hace mucho que llegó ese momento y a pesar de que es muy infeliz, sigue en la misma situación. Ella dice que su marido no es cariñoso y que la maltrata verbalmente, pero no está dispuesta a pedirle que hagan terapia de pareja ya que está decidida a dejarlo y si

él cambia con la terapia, le va a costar más hacerlo. Pero hace cinco años que su hija se fue y todavía está ahí y las cosas siguen igual. Ni quiere hacer terapia marital ni puede irse. Me pregunto si ella no está desperdiciando la única vida que tiene con el solo fin de castigarlo. Dice que quiere que él dé el primer paso. Ruega poder atraparlo en la cama con otra mujer (o con un hombre —tiene sus sospechas al respecto—) y así entonces podrá dejarlo.

Por supuesto, Mary rápidamente comprende que la paciente es ella misma. Oírse descripta desde una cierta distancia en tercera persona tal vez le permita adquirir mayor objetividad sobre su situación.

Capítulo 52

Conduzca la terapia como una sola sesión

Hace muchos años hice terapia con Rollo May por un período de dos años. Él vivía y trabajaba en Tiburón, yo en Palo Alto, a una hora y cuarto de distancia en auto. Se me ocurrió que aprovecharía bien el tiempo del viaje si escuchaba una grabación de la sesión de la semana anterior. Rollo estuvo de acuerdo con que grabara las sesiones y pronto descubrí que escuchar la grabación potenciaba maravillosamente la efectividad de la terapia, ya que me sumergía más rápidamente en un trabajo más profundo de los temas importantes que habían surgido en la sesión anterior. Tan útil me resultó que, desde entonces, tengo la costumbre de grabar las sesiones para los pacientes que tienen un largo viaje hasta mi consultorio. Ocasionalmente, hago lo mismo para pacientes que viven cerca pero tienen alguna incapacidad peculiar para recordar la sesión anterior, quizás una gran labilidad afectiva o episodios disociativos breves.

Esta técnica particular ilustra una faceta importante de la terapia, a saber: *que la terapia funciona mejor cuanto más se asemeja a una sesión continua*. Las horas de terapia que son discontinuas de una sesión a la otra son menos efectivas. Utilizar las horas de terapia para solucionar las crisis que se han desarrollado durante la semana es una manera particularmente ineficaz de operar. Cuando empecé a trabajar en este campo oí a David Hamburg, el jefe de psiquiatría de Standford, referirse en broma a la psicoterapia como "cicloterapia" y en verdad hay algo de cierto en esa

opinión, en el sentido de que estamos continuamente retrabajando o elaborando las mismas cosas. Abrimos nuevos temas, los trabajamos un tiempo, pasamos a otros, pero regular y repetitivamente volvemos a los mismos temas, profundizando cada vez más la indagación. El aspecto cíclico del proceso terapéutico ha sido comparado con el modo en que se cambia una rueda de automóvil. Ponemos las tuercas en los tornillos, vamos ajustando cada tuerca una por una de manera pareja hasta que volvemos a la primera, luego repetimos el proceso hasta que la rueda está óptimamente nivelada.

Raramente soy yo el que comienza una sesión. Como la mayor parte de los terapeutas, prefiero esperar a que empiece el paciente. Quiero conocer su "cuestión de urgencia" (como la llamaba Melanie Klein). Sin embargo, si alguna vez lo hago, es invariablemente para referirme a la sesión previa. Por eso si hubo una sesión particularmente importante o emotiva o truncada podría empezar diciendo: "Hablamos cosas muy importantes la semana pasada. Me pregunto qué tipo de sentimientos llevó de vuelta consigo a su casa".

Mi propósito, por supuesto, es unir la sesión actual con la última. La práctica de escribir resúmenes para el grupo de terapia y mandarlos por correo a los miembros antes de la siguiente reunión sirve exactamente al mismo fin. A veces los grupos comienzan con discusiones sobre el resumen originadas por algunos de los miembros. Señalan que vieron las cosas de una manera distinta o que ahora tienen una compresión diferente de la del terapeuta. Y yo acepto gustoso los desacuerdos porque fortalecen aún más la continuidad de las sesiones.

Capítulo 53

Tome notas de cada sesión

Si los terapeutas han de ser los historiadores del proceso terapéutico y cuidar de la continuidad de las sesiones, entonces es lógico que lleven una crónica de los acontecimientos. El actual sistema de salud y el temor a los litigios, las dos plagas que amenazan la estructura de la psicoterapia, al menos nos han hecho un don positivo: han impulsado a los terapeutas a tomar notas de una manera regular.

En los remotos tiempos de las secretarias tenía la rutina de dictar y luego hacía transcribir resúmenes detallados de cada sesión (gran parte del material de este y otros libros está extraído de esas notas). Hoy, inmediatamente después de cada sesión, me tomo unos minutos para meter en la computadora los temas principales discutidos en cada sesión así como también mis sentimientos y los asuntos que quedaron sin terminar. Siempre arreglo mis horarios de tal modo que, sin falta, tenga los minutos necesarios para leer las notas antes de la sesión siguiente. Si creo que no hay nada importante que escribir, eso en sí mismo es un dato importante y probablemente signifique que la terapia está estancada y que el paciente y yo no estamos abriendo ningún territorio nuevo. Muchos terapeutas que ven pacientes varias veces tienen menos necesidad de tomar notas porque las sesiones quedan registradas en la mente de una manera más vívida.

Capítulo 54

Aliente al paciente a practicar una autosupervisión

La aventura terapéutica es un ejercicio de autoexploración y siempre exhorto a mis pacientes a que aprovechen cualquier oportunidad que se les presente para profundizar nuestra investigación. Si un paciente que siempre se ha sentido incómodo en las reuniones sociales me informa que ha recibido una invitación para una gran fiesta por lo general le respondo: "¡Genial! Qué gran oportunidad para aprender sobre usted mismo! Sólo que esta vez estúdiese, y después no deje de tomar algunas notas para que podamos discutirlas en la próxima sesión".

Las visitas a la casa de los padres son una fuente particularmente rica de información. Por sugerencia mía muchos de mis pacientes comienzan a tener charlas más largas y más profundas que nunca con sus hermanos. Y cualquier reunión de ex alumnos es por lo general una mina de oro de información, como lo es también cualquier oportunidad de visitar viejas relaciones. Suelo exhortar a mis pacientes a que busquen recibir una retroalimentación de los otros con respecto a cómo ellos los perciben o percibían. Conozco a un hombre mayor que encontró a una compañera de quinto grado que le dijo que lo recordaba como un "chico hermoso con el pelo negro como el carbón y un sonrisa pícara". Él lloró al oírle decir eso. Siempre se había considerado feo y torpe. Si alguien, cualquiera, simplemente le hubiese dicho *por entonces* que era hermoso, eso sólo, creía él, le hubiese cambiado la vida.

Capítulo 55

Cuando su paciente llora

¿Qué hace usted cuando un amigo llora en su presencia? Por lo general intenta consolarlo. "Sí, sí", dirá tal vez, tratando de calmarlo o quizá lo abrace o salga corriendo a buscar un pañuelo o intente algún otro medio de ayudar a su amigo a recuperar el control y dejar de llorar. Sin embargo la situación terapéutica exige ir más allá del consuelo.

Como llorar por lo general significa entrar en recámaras más profundas de emoción, la tarea del terapeuta no es ser cortés y ayudar al paciente a dejar de llorar. Todo lo contrario: tal vez hasta desee alentarlo a hundirse aún más profundo. O tal vez simplemente lo exhorte a que comparta sus pensamientos: "No intente dejar ese lugar. Quédese ahí. Por favor, sígame hablando, trate de poner lo que siente en palabras". O quizá formule una pregunta que utilizo muy a menudo: "Si sus lágrimas hablaran, ¿qué estarían diciendo?"

Se puede pensar en la psicoterapia como una *secuencia que alterna entre la expresión de afectos y el análisis de éstos*. En otras palabras, uno alienta los actos de expresión emocional pero luego siempre sigue con la reflexión de las emociones expresadas. Esta secuencia es mucho más evidente en terapia de grupo porque en las sesiones grupales se evocan emociones muy fuertes, pero también resulta evidente en el contexto individual, particularmente en el acto de llorar. Por eso, cuando esto ocurre, primero sumerjo al paciente en el contenido y el significado del llanto y luego me tomo la precaución de analizar el acto mismo de llorar,

especialmente en su relación con el "aquí y ahora". Por eso indago no sólo en los sentimientos relacionados con el llanto en general sino, en particular, en lo que siente el paciente al llorar *en mi presencia*.

Capítulo 56

Dése tiempo entre sesiones

Supongo que este impopular consejo será pasado por alto muy rápidamente por muchos terapeutas cuya práctica se ve asolada por las veloces borrascas de la necesidad económica, pero, de todos modos, aquí va.

No se estafe a sí mismo ni a su paciente no dejándose espacio suficiente entre una sesión y otra. Siempre llevo anotaciones detalladas de cada sesión y nunca comienzo una sesión sin remitirme a ellas. Mis notas a menudo indican las cuestiones inconclusas, los temas y puntos que deberían proseguirse o sentimientos entre yo y mis pacientes que no fueron elaborados por completo. Si uno se toma cada sesión en serio, entonces el paciente también lo hará.

Algunos terapeutas programan tan justos los horarios que no tienen siquiera una corta pausa entre pacientes. Incluso diez minutos son, a mi parecer, insuficientes si gran parte de ese tiempo uno debe pasarlo contestando llamados. Nunca me tomo menos de diez minutos completos y prefiero quince minutos para tomar y leer notas y pensar entre pacientes. Intervalos de quince minutos plantean complicaciones: hay que citar a los pacientes en horarios extraños —por ejemplo, a tal hora y diez o menos diez—, pero todos mis pacientes lo tomaron siempre con naturalidad. De este modo también se alarga el día y se disminuye el ingreso. Pero vale la pena. Se cuenta que Abraham Lincoln dijo que si tuviese ocho horas para cortar un árbol, pasaría varias horas afilando el hacha. No se convierta en aquel leñador que estaba demasiado apurado como para afilar el hacha.

Capítulo 57

Exprese sus dilemas abiertamente

Por lo general cuando estoy empantanado y tengo dificultades para responder a un paciente, es porque estoy atrapado entre dos o más consideraciones antagónicas. Creo que usted jamás podrá equivocarse si expresa sus dilemas abiertamente. Siguen algunos ejemplos:

—Ted, permítame que lo interrumpa. Me siento un poco atrapado hoy entre dos sentimientos opuestos: por un lado sé que la historia del conflicto con su jefe es importante y sé también que a menudo se ofende si lo interrumpo; pero por el otro, tengo la más clara sensación de que hoy está esquivando algo importante.

—Mary, usted dice que no cree que esté siendo totalmente honesto, que soy demasiado diplomático y delicado con usted. Creo que tiene razón. Es verdad, hay cosas que no le digo. Con frecuencia me siento atrapado en un dilema: por un lado quiero ser más natural con usted y sin embargo, por el otro, como siento que a usted uno puede lastimarla con mucha facilidad y que otorga a mis comentarios un poder exagerado, siento que debo sopesar mis palabras con mucho, muchísimo cuidado.

—Pete, me encuentro en un dilema. Sé que Ellie es el tema del que usted quiere hablar conmigo; siento la gran presión que usted ejerce para que yo haga eso y no quie-

ro frustrarlo. Pero por el otro lado usted dice que sabe que su relación con ella no tiene sentido, que para usted todo está mal, que jamás va a funcionar. Tengo la impresión de que debemos buscar más abajo o más allá de Ellie y tratar de descubrir con más detalle lo que alimenta su poderoso enamoramiento. Las descripciones de los detalles de su interacción con ella han ocupado tanto tiempo en nuestras últimas reuniones que tenemos poco tiempo para una exploración más profunda de las cosas. Sugiero que limitemos el tiempo en que hablamos sobre Ellie quizás a diez minutos por cada sesión.

—Mike, no quiero eludir su pregunta. Sé que usted siente que evito sus preguntas personales. No quiero hacer eso y le prometo volver a ellas. Pero de verdad siento que sería más provechoso para nuestro trabajo si primero examináramos las razones que hay detrás de sus preguntas.

Un último ejemplo. Susan era una paciente que vino a verme cuando estuvo al borde de dejar a su marido. Después de varios meses de una terapia productiva se sintió mejor y su relación con el marido había mejorado. En una sesión ella describió una conversación que hacía poco había tenido con él mientras hacían el amor, en la que ella parodiaba una frase mía (tergiversándola además), lo que hizo reír a los dos a carcajadas. Burlarse los dos juntos de mí les sirvió para acercarse.

¿Cómo responder? Tenía una variedad de posibilidades. Primero, este hecho reflejaba lo cerca que se sentía de su marido, lo más cerca que habían estado en mucho tiempo, quizás años. Habíamos estado trabajando mucho con ese fin y podría haber expresado en parte mi placer por su progreso. O podría haber señalado la tergiversación que hizo de mi comentario al contárselo a él. O podría haber comen-

tado sobre su modo de manejar triángulos en general —ella tenía un patrón muy marcado de una gran facilidad para las relaciones de a tres, incluyendo el triángulo edípico—: ella, su marido y su hijo; ella y dos amigas; y ahora, ella, su marido y yo. Pero mi sensación más poderosa era que había actuado de mala fe conmigo y eso no me gustó. Sabía que tenía mucha gratitud y muchos sentimientos positivos hacia mí pero no obstante había elegido trivializar nuestra relación con el fin de acrecentar la relación con su marido. ¿Pero estaba justificada esta sensación? ¿No estaba introduciendo mi resentimiento personal bajo la forma de lo que profesionalmente era más conveniente para la paciente?

Al final decidí revelar todas estas sensaciones y mi dilema sobre si revelarlas o no. Mi apertura nos llevó a una discusión fructífera de varios temas importantes. Ella captó en seguida que nuestro triángulo era un microcosmos y que otras amigas de ella debían de haber experimentado sentimientos similares a los míos. Sí, era verdad que su marido se sentía amenazado por mí y que ella quería suavizar la competencia burlándose de mí. Pero quizá también era verdad que ella inconscientemente había avivado los sentimientos competitivos de su marido. ¿Y no había para ella ninguna otra manera más genuina de darle confianza y a la vez mantener la integridad de su relación conmigo? El haber dado voz a mis sentimientos abrió la indagación de su patrón muy asentado, producto de una mala adaptación al hacer que las personas compitan excluyéndose entre sí.

Capítulo 58

Visite a sus pacientes

Hice unas pocas visitas a mis pacientes. Demasiado pocas porque, sin excepción, todas resultaron provechosas. Cada visita me informó sobre aspectos de mis pacientes de los que de otra manera jamás me habría enterado: sus hobbies, la intrusividad de sus trabajos, su sensibilidad estética (evidenciada por los muebles, la decoración, las obras de arte), sus hábitos recreacionales, la presencia de libros y revistas en la casa. Un paciente que se quejaba de la falta de amigos tenía una casa particularmente descuidada que demostraba poca sensibilidad para lo que pudieran sentir las visitas. Una mujer joven, atractiva y bien arreglada que buscaba ayuda por su incapacidad para establecer buenas relaciones con los hombres mostraba tan poco cuidado por el entorno de su hogar —alfombras muy sucias, una docena de cajas de cartón llenas de cartas viejas, muebles hechos trizas— que no me asombraba que sus visitantes masculinos se sintiesen repelidos.

En una visita a otra paciente me enteré por primera vez que tenía más de una docena de gatos y que su casa apestaba de tal manera por la orina que nunca podía recibir a nadie allí. En la visita a la casa de un hombre brusco e insensible me encontré, para mi sorpresa, con paredes cubiertas de maravillosas reproducciones de paisajes chinos y de caligrafías una más exquisita que la otra.

Las charlas previas a esas visitas pueden resultar particularmente productivas. Los pacientes pueden desarrollar ansiedad ante tal exposición; pueden vacilar entre si debe-

rían hacer una limpieza a fondo o dejar que uno vea su casa como es naturalmente. Una paciente se puso muy ansiosa y se resistió a que la visitara durante un cierto tiempo. El día que conocí su departamento parecía bastante avergonzada cuando me mostró una pared cubierta con recuerdos de sus antiguos amantes, muñecas de parques de diversiones, boletos de ópera, fotos de Acapulco y Tahití. ¿Por qué su vergüenza? Tenía un fuerte deseo de ganar mi respeto por su capacidad intelectual y estaba avergonzada de que la viera tan aprisionada por el pasado. Sabía que era tonto estar soñando eternamente con sus amores pasados y sentía que me iba a desilusionar cuando viera cuánto se sobrecargaba inútilmente con esas trivialidades.

Otro paciente que atravesada un duelo muy doloroso hablaba tan seguido de la presencia de los efectos personales y las fotografías de su mujer que sugerí visitar su casa y descubrí que estaba llenísima de recuerdos de su esposa, incluyendo, en el medio del living, el viejo sofá sobre el que había muerto. Las paredes estaban cubiertas con sus fotografías, o de ella o tomadas por ella, y las bibliotecas llenas de sus libros. Pero lo más importante de todo: ¡Había tan poco de él —de sus gustos, sus intereses, su propia comodidad— en la casa! La visita resultó significativa para el paciente en términos de proceso (él me importaba lo bastante como para que yo sobrepasara ciertos límites y le hiciera una visita) e introdujo una etapa de profundo cambio, ya que declaró su deseo de que lo ayudara a remodelar su casa. Juntos elaboramos un programa y un modo de encarar una serie de modificaciones que facilitaron y reflejaron un progreso en el trabajo con el duelo.

Algunos otros mostraban poco cuidado por ellos mismos, como si no mereciesen tener ni belleza ni comodidad en sus vidas. Un paciente, para mi gran sorpresa, resultó ser un "acumulador" que tenía cientos de revistas y guías telefónicas viejas en pilas por toda la casa, un hecho del que de

otro modo jamás me habría enterado. Una paciente de uno de mis alumnos que también es una "acumuladora" finalmente aceptó después de dos años de terapia que su terapeuta visitara su casa con estas palabras: "Tiene que prometerme que no va a llorar". Su comentario sugiere que el permiso para la visita era una indicación de que había comenzado genuinamente el proceso de cambio.

Las visitas son acontecimientos significativos y no pretendo instar a que los terapeutas principiantes den ese paso a la ligera. Primero deben establecerse y respetarse los límites, pero cuando la situación lo requiere, debemos estar dispuestos a ser flexibles, creativos e individualizados en la terapia que ofrecemos. Sin embargo, por otro lado, uno se pregunta por qué la tradición de las visitas a los hogares, en una época tan común dentro del sistema sanitario, ahora parece tan osada y peligrosa. Me alegra ver que se están produciendo cambios, empezando por los terapeutas de familia que con más frecuencia tienen la costumbre de programar sesiones en los hogares de los pacientes.

Capítulo 59

No se tome demasiado en serio las explicaciones

En un experimento que describí anteriormente en el que una paciente y yo registramos nuestras opiniones de cada sesión, aprendí que recordábamos y valorábamos aspectos muy diferentes del proceso. Mientras yo valoraba mis interpretaciones intelectuales, éstas apenas producían un impacto muy leve sobre la paciente, que valoraba en cambio los pequeños actos personales que hacían a nuestra relación.

La mayor parte de los relatos de psicoterapias de primera mano apuntan a la misma discrepancia: los terapeutas otorgan más valor a las interpretaciones y los *insights* que los pacientes. Nosotros los terapeutas sobrevaloramos exageradamente el contenido de la búsqueda de tesoros intelectuales; ha sido así desde los inicios, cuando Freud nos legó un mal comienzo con dos de sus atrayentes pero poco felices metáforas.

La primera fue la imagen del terapeuta-arqueólogo que quitaba con gran esfuerzo el polvo que recubría los recuerdos enterrados para revelar la verdad, lo que realmente había ocurrido en los primeros años del paciente: el trauma original, la escena primaria, los acontecimientos primordiales. La segunda metáfora fue la del rompecabezas. Encuentre la última pieza que falta, sugería Freud, y todo el rompecabezas quedará resuelto. Muchos de sus casos clínicos se leen como cuentos de misterio, y los lectores siguen ansiosos la trama mientras tratan de adivinar el sabroso desenlace en el que todos los enigmas encuentran su solución.

Naturalmente transmitimos nuestro entusiasmo por la búsqueda intelectual a nuestros pacientes y los observamos o los imaginamos reaccionando con un "¡ajá!" a nuestras interpretaciones. Nietzsche dijo: "Incluso inventamos expresiones sobre el rostro del otro con quien conversamos para que coincidan con el brillante pensamiento que creemos haber pronunciado". Freud no trataba de ocultar su entusiasmo por las soluciones intelectuales. Más de uno de sus antiguos pacientes han descripto su hábito de ofrecer su caja de Cigarros Victoria para celebrar una interpretación especialmente aguda. Y ya hace tiempo que los medios masivos presentan al público esta visión errada de la terapia. De manera característica, Hollywood representa a los psicoterapeutas sorteando con dificultad muchos obstáculos, siguiendo muchas pistas falsas, sobreponiéndose a la lujuria y los peligros para llegar, al final, al gran *insight* redentor y esclarecedor.

No quiero decir que la empresa intelectual no sea importante. De hecho lo es, pero no por las razones que generalmente pensamos. Anhelamos la comodidad de la verdad absoluta porque no soportamos la desolación de una existencia puramente caprichosa. Como dijo Nietzsche: "La verdad es una ilusión sin la cual una cierta especie no puede sobrevivir". Ungidos como estamos con una necesidad innata de buscar una solución y llenar una *Gestalt*, nos aferramos con toda tenacidad a la creencia de que la explicación, alguna explicación, es posible. Esto vuelve las cosas soportables, nos produce una sensación de control y dominio.

Pero no es el *contenido* del precioso hallazgo intelectual lo que importa, sino la *búsqueda*, que es la tarea que más perfectamente se acopla con la terapia, ofreciendo algo distinto a cada participante: los pacientes gozan de la atención prestada a los detalles más insignificantes de sus vidas y los terapeutas están fascinados por el proceso de tratar de solucionar el enigma de una vida. La belleza de la cuestión es

que esto mantiene al paciente y al terapeuta estrechamente conectados mientras que el agente real de cambio —*la relación terapéutica*— va germinando.

En la práctica, existe una gran complejidad en el lazo que une el proyecto intelectual y la relación paciente-terapeuta. Cuanto más sabe el terapeuta sobre la vida presente y pasada del paciente, más entra en ella y se vuelve un testigo cercano y compasivo. Además, muchas interpretaciones están explícitamente dirigidas a mejorar la relación paciente-terapeuta: constantemente los terapeutas se centran en identificar y clarificar los obstáculos que bloquean el encuentro entre ellos mismos y los pacientes.

En el nivel más fundamental, la relación entre *insight* y cambio sigue siendo un misterio. Aunque damos por hecho que el *insight* conduce al cambio, esa secuencia no está de ningún modo establecida empíricamente. De hecho hay analistas experimentados y reflexivos que han planteado la posibilidad de una secuencia inversa, es decir que el *insight sigue* al cambio en vez de precederlo.

Y por último recuerde la máxima de Nietzsche: "No existe la verdad, existe sólo la interpretación". De allí que incluso en el caso de que ofrezcamos un *insight* extraordinario con un envoltorio elegante, debemos comprender que es una construcción mental, *una* explicación más, no *la* explicación.

Consideremos el caso de una viuda desesperada que no soportaba estar sola y sin pareja y no obstante saboteaba toda nueva relación potencial con un hombre. ¿Por qué? Después de varios meses de investigación llegamos a varias explicaciones:

- Temía estar bajo el efecto de una maldición. Todos los hombres que había amado habían tenido un fin trágico. Evitaba la intimidad con el fin de proteger al hombre de su mal karma.

- Temía que un hombre se acercara a ella demasiado porque entonces vería dentro de su alma y descubriría su naturaleza malvada, obscena y su rabia asesina.
- Si realmente se permitía amar a otro sería un reconocimiento final de que su esposo estaba realmente muerto.
- Amar a otro hombre constituiría una traición; significaría que su amor por su esposo no era tan profundo como ella había pensado.
- Había padecido demasiadas pérdidas y no podría sobrevivir a otra. Los hombres eran demasiado frágiles; cada vez que miraba a un nuevo hombre en su vida, veía un cráneo que brillaba bajo la piel y se sentía asediada por el pensamiento de que pronto se volvería una bolsa de huesos secos.
- Odiaba enfrentarse a su propia indefensión. Había habido veces en que su esposo se enojaba con ella y ella se sentía devastada por su enojo. Estaba decidida a no dejar que eso volviera a ocurrir, jamás le daría a alguien tanto poder sobre ella. Elegir a un hombre significaba renunciar a la posibilidad de otros hombres y no estaba dispuesta a renunciar a eso.

¿Cuál de todas estas explicaciones era verdad, cuál era la correcta? ¿Una? ¿Varias? ¿Todas? Cada una representa una concepción diferente: hay tantas explicaciones como sistemas explicativos. En aquel momento ninguna parecía ser la respuesta crucial que provocara un cambio. La búsqueda de la explicación nos mantuvo comprometidos y al final fue ese compromiso entre nosotros lo que produjo el cambio. Ella se animó y se decidió a relacionarse más profundamente conmigo y yo no me retraje. Su furia no me destruyó. Permanecí cerca de ella, sostuve su mano cuando estuvo más desesperada, seguí con vida y no fui víctima de su maldito karma.

Capítulo 60

Métodos para acelerar la terapia

Hace décadas que los grupos de terapia o de crecimiento personal utilizan técnicas aceleradoras o "descongelantes". Entre las que me han resultado útiles se encuentra la "Caída en confianza", en la que el grupo forma un círculo alrededor de uno de los miembros que, con los ojos cerrados, se deja caer hacia atrás para ser atajado por sus compañeros. En el ejercicio "Máximo secreto" cada uno de los miembros escribe sobre un pedazo de papel uniforme sin ningún detalle identificatorio un gran secreto que le asustaría revelar. Los papeles son luego redistribuidos y cada uno de los miembros lee el gran secreto de otro y dice cómo se sentiría si ése fuese su secreto. Otra técnica es pasar partes escogidas de un video de la reunión anterior. O, en grupos de estudiantes, los miembros alternan el rol de coordinador del grupo y critican entre sí el desenvolvimiento de cada uno. O, para romper un largo silencio inicial, el coordinador puede sugerir una rápida ronda en la que cada uno revela algunas de sus asociaciones libres durante el silencio.

Todas estas técnicas aceleradoras o "descongelantes" son sólo el primer estadio del ejercicio. En cada uno de los ejemplos el coordinador del grupo debe luego presentar un informe o hacer una evaluación de la actividad, debe ayudar a los miembros del grupo a cosechar los datos generados por el ejercicio: por ejemplo, sus actitudes con respecto a la confianza, la empatía y el grado de apertura.

Una de las intervenciones más poderosas que he utilizado (en grupos de pacientes con cáncer y en contextos di-

dácticos de grandes audiencias) es el ejercicio de "¿Quién soy?" Cada miembro recibe ocho pedacitos de papel y se le pide que escriba una respuesta a ¿Quién soy? en cada uno de los papelitos. (Algunos posibles ejemplos son: una esposa, una mujer, un cristiano, un amante de los libros, una madre, un médico, un atleta, un ser sexual, un contador, un artista, una hija, etcétera.) Luego cada miembro ordena los papeles desde el más periférico al más central (es decir el más cercano a su propio núcleo personal).

Después se les pide a los miembros que mediten sobre el contenido de cada papelito empezando desde el más periférico y que imaginen qué sentirían si soltaran esa parte de su identidad. Una señal (un timbre o una campanita) a los pocos minutos les indica que pasen al siguiente papel y luego de que la campana sonó ocho veces y han pasado por todos los papeles, se revierte el procedimiento y los miembros del grupo vuelven a apropiarse de cada uno de los aspectos que conforman su identidad. En la charla posterior al ejercicio (tan esencial en éste como en los otros), los miembros discuten los temas evocados por ellos: por ejemplo, temas de identidad y sobre el núcleo de la propia persona, sobre la experiencia de soltar, sobre las fantasías de muerte.

Por lo general, tales ejercicios aceleradores me resultan menos necesarios o útiles en terapia individual. Algunos enfoques de terapia —por ejemplo, la terapia gestáltica— utilizan muchos ejercicios que, usados juiciosamente, pueden facilitar el tratamiento. Pero a la vez es verdad que algunos terapeutas jóvenes se equivocan al armar con ellos una bolsa de sorpresas a la que recurren para animar la terapia cada vez que ésta parece estancarse. Los terapeutas principiantes deben aprender que hay momentos para estar sentados en silencio, a veces en silenciosa comunión, a veces simplemente esperando que los pensamientos del paciente aparezcan bajo una forma en la que puedan ser expresados.

Sin embargo, de acuerdo con la máxima de que se debe inventar una terapia diferente para cada paciente, hay momentos en los que puede resultar apropiado que el terapeuta desarrolle algún ejercicio que se adecue a las necesidades de un paciente en particular.

En otra parte de este texto me refiero a algunos de esos métodos: visitar el hogar del paciente, hacer dramatizaciones, o solicitar a los pacientes que redacten su propio epitafio. También les pido a los pacientes que traigan viejos álbumes de fotos de familia. No sólo me siento más unido al paciente cuando comparto algunas de sus imágenes de los personajes importantes de su pasado, sino que sus recuerdos de acontecimientos y sentimientos pasados significativos se reaniman mucho a través de las fotos. Ocasionalmente puede resultar útil pedir a los pacientes que escriban una carta (para ser compartida con uno y que no es necesario despachar) a alguien con quien puedan tener alguna cuestión no resuelta, por ejemplo, un padre con el que se perdió todo contacto o que ha fallecido, o una ex mujer, un hijo, etcétera.

La técnica más común que utilizo es dramatizar roles de manera informal. Si, por ejemplo, un paciente habla sobre su incapacidad para encarar a alguien sobre algún tema —pensemos, por ejemplo, en una paciente que está ansiosa por unas vacaciones que compartirá con una amiga, ansiosa porque necesita tiempo todos los días para estar sola y meditar, leer o ponerse a pensar—. En ese caso podría sugerir un pequeño ejercicio de roles en el que ella sería su amiga y yo tomaría el rol de ella para mostrarle cómo podría solicitar lo que necesita. En otra ocasión podría hacer lo opuesto: interpretar a la otra persona y hacer que ella practique lo que ella misma diría.

La técnica de la silla vacía de Fritz Perl a veces resulta provechosa. Le solicito a un paciente con una voz interior autodespreciativa muy fuerte que coloque su parte juzga-

dora y autocrítica sobre una silla vacía y que le hable, luego que cambie de silla y haga de juez y le exprese a su propio yo ahí sentado sus comentarios críticos. Vuelvo a enfatizar que tales técnicas son útiles no como un fin en sí mismo sino con el fin de generar material para una subsecuente exploración.

Capítulo 61

La terapia como un ensayo final para la vida

Muchos terapeutas se espantan cuando oyen que algunos críticos caracterizan su trabajo meramente como la "adquisición de la amistad". Aunque hay un dejo de verdad en esta afirmación, no merece que nadie se espante. La amistad entre el paciente y el terapeuta es una condición necesaria del proceso de la terapia... *necesaria pero no suficiente*. La psicoterapia no es un sustituto de la vida sino que es, para usar una metáfora teatral, un ensayo final para la verdadera función que es la vida. En otras palabras, aunque la psicoterapia requiere de la amistad, la relación no es un fin sino un medio para un fin.

La intimidad de la relación terapéutica cumple con muchos propósitos. Provee un lugar seguro para que los pacientes se abran lo más posible. Y más aún, les ofrece la experiencia de ser aceptados y comprendidos tras una profunda apertura y un total sinceramiento. Enseña la habilidad social necesaria: el paciente aprende aquello que es necesario en una relación íntima. Y el paciente aprende que la intimidad es posible, incluso alcanzable. Por último, y quizás esto sea lo más importante, está la observación de Carl Roger de que la relación terapéutica sirve como un punto de referencia interno al que los pacientes pueden volver en su imaginación. Al haber adquirido una vez este nivel de intimidad, pueden abrigar la esperanza e incluso la expectativa de desarrollar relaciones similares.

Uno oye a menudo hablar de pacientes (sea en terapia

grupal o individual) que son excelentes pacientes o excelentes miembros de grupo y que sin embargo siguen siendo los mismos en su vida exterior. Pueden relacionarse bien con el terapeuta o ser miembros clave en el grupo —abiertos, trabajadores, agentes de interacción— y sin embargo no aplican lo que han aprendido a las situaciones exteriores. En otras palabras, utilizan la terapia como un sustituto en vez de como un ensayo para la vida.

Esta distinción puede resultar útil en decisiones sobre el final de la terapia. El cambio de comportamiento en la situación terapéutica obviamente no es suficiente: los pacientes deben transferir sus cambios a su entorno de vida. En las etapas últimas de la terapia, pongo mucha energía en asegurar la transferencia del aprendizaje. Si lo considero necesario, empiezo a ofrecer un entrenamiento activo, presionando a los pacientes para que experimenten comportamientos nuevos en el entorno laboral, social y familiar.

Capítulo 62

Utilice la queja inicial para dar impulso a la terapia

No pierda el contacto con las quejas iniciales del paciente. Como lo ilustra el siguiente relato, las razones dadas en la primera sesión para empezar un tratamiento pueden resultarle útiles durante las fases más difíciles de la terapia.

Una terapeuta de cincuenta y cinco años me consultó debido a una *impasse* en su trabajo con Ron, un estudiante de psicología clínica de cuarenta y cinco años que trataba hacía meses. Un poco antes Ron había sido rechazado por una mujer con la que había salido unas pocas veces, tras lo cual se volvió más demandante en la terapia e insistía en que su terapeuta le tomara la mano y le diera abrazos de consuelo. Para dar peso a su pretensión llevó una copia de mi libro *Mamá y el sentido de la vida*, en el que aparecen descriptos los efectos saludables de haber sostenido la mano de una viuda acongojada. Ron hacía pucheros, se negaba a dar la mano al final de la sesión y hasta hizo una lista de las falencias de su terapeuta.

Ella se sentía cada vez más incómoda, confundida, manipulada y molesta con el comportamiento infantil de Ron. Cada paso que había dado para mejorar la *impasse* había fallado y ahora, asustada ante la profundidad del enojo de su paciente, contemplaba la posibilidad de dar por concluida la terapia.

En la supervisión recordamos cuál había sido la razón

inicial de que Ron buscara hacer terapia: trabajar sobre su relación con las mujeres. Ron, un hombre atractivo que se vinculaba a las mujeres con facilidad, pasaba casi todas las noches en bares con sus amigotes levantando chicas para pasar una sola noche y luego rápidamente dirigir su atención a otras. En aquellas pocas ocasiones en que encontró a una mujer particularmente atractiva y quiso continuar la relación, lo habían desechado de una manera precipitada. No estaba seguro de por qué, pero suponía que la chica se había hartado de su insistencia por conseguir todo el tiempo lo que quería. Era precisamente por estas cuestiones que había elegido a una mujer como terapeuta.

Esta información arrojaba mucha luz sobre la *impasse* de la terapia y brindaba un fuerte impulso. El contratiempo entre el paciente y la terapeuta no era ninguna complicación desafortunada de la terapia, era un desarrollo inevitable y esencial. *Por supuesto* que Ron iba a exigir demasiado de su terapeuta. *Por supuesto* que la iba a rebajar y *por supuesto* que ella iba a querer dejarlo. ¿Pero cómo convertir todo esto en algo útil para la terapia?

Recuerde el capítulo 40, "La retroalimentación: Golpee cuando el hierro esté frío". Saber elegir el momento oportuno es de suma importancia; las interpretaciones son más efectivas cuando el afecto del paciente ha disminuido lo bastante como para asumir una visión más desapasionada de su comportamiento. Cuando llega ese momento, utilice el impulso que provee la presentación del problema. Confíe en la alianza terapéutica y sugiera que el terapeuta y el paciente traten juntos de comprender el curso de los acontecimientos. Por ejemplo:

> —Ron, creo que lo que está pasando entre nosotros desde hace unas semanas es realmente muy importante. Déjeme decirle por qué. Vuelva a pensar en las razones por las que vino a verme la primera vez. Era debido a

problemas que surgían constantemente entre usted y las mujeres. Dada esa cuestión, es inevitable que surjan asuntos incómodos entre nosotros dos. Y es eso lo que está sucediendo. De modo que aunque resulte incómodo para usted y para mí, deberíamos considerarlo como una oportunidad extraordinaria para aprender. Aquí han sucedido cosas que reflejan lo que sucede en su vida social, pero hay una diferencia fundamental, y eso es lo especial de la situación terapéutica: *yo no voy a interrumpir el contacto y voy a estar a su disposición para que usted averigüe algo de lo que nunca ha podido enterarse en las relaciones anteriores, los sentimientos que sus acciones suscitan en las otras personas.*

Después de esto, el terapeuta puede pasar a compartir los sentimientos que tiene acerca de la conducta de Ron, poniendo cuidado de formularlos de una manera amable y positiva para él.

Capítulo 63

No tenga miedo de tocar a su paciente

Cuando empecé a estudiar psiquiatría en el Johns Hopkins, una vez asistí a una conferencia sobre casos analíticos en la que el conferenciante criticó severamente a un joven terapeuta que presentó un caso porque éste había ayudado a su paciente (una mujer mayor) a ponerse el abrigo al final de la sesión. Luego siguió un largo y acalorado debate. Algunos miembros menos severos estuvieron de acuerdo en que, si bien el terapeuta se había equivocado, la edad avanzada de la paciente y la furiosa tormenta de nieve que había afuera aminoraban la gravedad de la falta.

Jamás olvidé esa conferencia e incluso ahora, a décadas de distancia, con un compañero de la residencia del que sigo siendo amigo todavía bromeamos sobre el episodio del abrigo y la concepción inhumana de la terapia que representaba. Nos llevó años de práctica y de experiencias correctivas deshacer el daño causado por esa formación tan rígida.

Una de esas experiencias correctivas sucedió mientras estaba desarrollando métodos para la conducción de grupos de apoyo para pacientes con cáncer. Después de meses de reunión con mi primer grupo, un miembro sugirió una manera distinta de terminar cada reunión. Encendió una vela, nos pidió que nos tomáramos de las manos y luego dirigió al grupo en una meditación guiada. Yo jamás había tomado de la mano a un paciente pero en esa situación no tu-

ve más opción que hacerlo. Me uní a los demás y de inmediato sentí, como todos los otros miembros, que era una manera inspirada de terminar las reuniones y durante años cerramos cada sesión de este modo. La meditación era tranquilizadora y reconstituyente, pero era el contacto de las manos lo que particularmente me conmovía. Los límites artificiales —el paciente y el terapeuta, el enfermo y el sano, los que agonizan y los vivos— se evaporaron de inmediato al unirnos a los otros en una humanidad común.

Para mí es importante tocar a los pacientes —darles la mano, tomarlos del hombro— y trato de hacerlo en cada sesión, por lo general al final de la hora cuando los acompaño hasta la puerta. Si un paciente quiere sostenerme la mano más de lo habitual o quiere abrazarme, rehúso sólo si existe alguna razón importante, por ejemplo, cuestiones en relación a sentimientos sexuales. Pero, cualquiera que sea el contacto, le doy mucha importancia a referirme a la cuestión en la sesión siguiente; quizás algo muy simple como: "Mary, nuestra última sesión terminó diferente, usted me tomó la mano con sus dos manos y la sostuvo un rato largo [o "usted me pidió un abrazo"]. Tuve la sensación de que sentía algo muy profundo. ¿Qué recuerda de eso?" Creo que la mayoría de los terapeutas tienen sus propias reglas secretas acerca del contacto físico. Hace décadas, por ejemplo, una terapeuta muy competente, ya mayor, me dijo que durante muchos años sus pacientes tenían la costumbre de terminar cada sesión dándole un beso en la mejilla.

Toque. Pero asegúrese de aprovechar ese contacto para el trabajo interpersonal.

Si un paciente está muy desesperado debido, por ejemplo, a la reaparición de un cáncer o cualquier otro acontecimiento horrendo de la vida y pide sostener mi mano o un abrazo durante la sesión, me sería tan difícil rehusar como negarme a ayudar a una viejita que está por enfrentar una tormenta de nieve a ponerse el abrigo. Si no logro encon-

trar una manera de aliviar el dolor, quizá pregunte al paciente qué necesita que haga en ese momento: ¿que me siente en silencio o que le haga preguntas y guíe la sesión de una manera más activa? ¿Que acerque más la silla? ¿Que le sostenga la mano? Dentro de mis posibilidades, trato de responder de una manera cariñosa y humana pero luego, como siempre, discuto sobre el asunto: hablo de los sentimientos que produjeron mis acciones y también comparto mis sentimientos. Si me preocupa que mis acciones sean interpretadas como sexuales, entonces comparto abiertamente esa preocupación y dejo en claro que, aunque se pueden experimentar sentimientos sexuales en la relación terapéutica y deben expresarse, jamás deben llevarse a la acción. Nada cobra precedencia, enfatizo, sobre la importancia de que el paciente se sienta a salvo en el lugar y en el momento de la terapia.

Nunca, por supuesto, fuerzo el contacto. Si por ejemplo un paciente se va enojado y rehúsa darme la mano, de inmediato respeto ese deseo de distancia. Algunos pacientes que padecen perturbaciones más profundas quizás a veces experimenten sentimientos particulares y poderosos con respecto al contacto físico y si no estoy muy seguro de esos sentimientos, pregunto por ellos de una manera explícita: "¿Nos damos la mano hoy como de costumbre o mejor no?" En todos estos casos invariablemente examino el incidente en la sesión siguiente.

Estos puntos generales sirven como una guía en la terapia. No es común que se produzcan dilemas acerca del contacto físico en la terapia pero si ocurren, es importante que los terapeutas no se sientan encadenados por preocupaciones legales y sean cápaces, como lo demuestra el próximo ejemplo, de ser comprensivos, responsables y creativos en el trabajo.

Una mujer de mediana edad que veía desde hacía un año había perdido casi todo su cabello por la radioterapia

a causa de un tumor cerebral. Estaba preocupada por su apariencia y a menudo comentaba lo horrenda que resultaría a los demás sin peluca. Le pregunté cómo pensaba que reaccionaría yo. Dijo que sentía que yo también cambiaría mi opinión sobre ella y que le resultaría tan repelente que me alejaría de ella. Le respondí que no podía imaginarme alejándome de ella.

En las semanas siguientes en varias oportunidades pensó en quitarse la peluca en mi consultorio y en una sesión anunció que había llegado el momento. Tragó saliva y después de pedirme que mirara para otro lado se quitó la peluca y con la ayuda de un espejo de maquillaje se arregló los pocos mechones de cabello que le quedaban. Cuando volví mi mirada hacia ella, tuve un momento, sólo un momento, de *shock* por cómo había envejecido tan de repente, pero en seguida me reconecté con la esencia de la hermosa persona que yo conocía y tuve la fantasía de pasarle la mano por los mechones de cabello. Cuando me preguntó por lo que yo sentía, le transmití mi fantasía. Sus ojos se llenaron de lágrimas y se estiró para tomar un pañuelo de papel. Decidí llevar la cosa más adelante. "¿Probamos?", le pregunté. "Sería algo fantástico", respondió, de modo que me acerqué y le acaricié el cabello y la cabeza. Aunque la experiencia sólo duró un momento, quedó indeleble para ambos en el recuerdo. Ella sobrevivió al cáncer y años más tarde, cuando volvió por otra cuestión, me comentó que el hecho de haberle acariciado la cabeza había sido una epifanía, una acción inmensamente fortificante que le había cambiado por completo la imagen negativa de sí misma.

Un testimonio similar lo proporciona el caso de una viuda que estaba tan desesperada que a menudo llegaba a mi consultorio demasiado angustiada como para poder hablar, pero se consolaba profundamente por el simple hecho de que le tomara la mano. Mucho después comentó

que fue un punto crucial de la terapia: le había brindado una amarra y le había permitido sentirse conectada conmigo. Mi mano, dijo, era el lastre que le impedía volarse y perderse en la desesperación.

Capítulo 64

Nunca se comporte de una manera sexual con los pacientes

En los últimos años la alta incidencia de las transgresiones sexuales se ha convertido en un grave problema, no sólo en psicoterapia, naturalmente, sino en todas aquellas relaciones en las que existe una situación de poder: en las instituciones religiosas, militares, en las empresas, en el ámbito médico y en las instituciones educacionales... y la lista podría continuar. Aunque tales transgresiones constituyen un problema importante en cada uno de estos entornos, tienen un significado particular en el campo de la psicoterapia, en el que las relaciones íntimas e intensas son esenciales y en el que las relaciones sexuales son destructivas para ambas partes, tanto para los terapeutas como para los pacientes.

La psicoterapia se ve doblemente perjudicada por tales transgresiones. No sólo se traiciona y se daña a los pacientes en particular sino que la reacción que provocan es catastrófica para toda la profesión. Los terapeutas se han vistos forzados a ejercer su práctica de una manera defensiva. Las organizaciones de profesionales instruyen a los practicantes a que ejerzan la mayor cautela. Se les advierte no sólo contra cualquier intimidad inusual sino contra cualquier apariencia de intimidad, porque la profesión legal presume que donde hay humo debe de haber fuego. En otras palabras, se nos aconseja adoptar una mentalidad de cámara "instantánea", es decir, evitar cualquier momento que, sa-

cado de contexto, podría parecer sospechoso. Evite la informalidad, se les dice a los terapeutas; evite los nombres de pila, no ofrezca café ni té, no se extienda más allá de los cincuenta minutos, y no cite a miembros del sexo opuesto durante la última hora del día (todos delitos de los que me declaro culpable). Algunos hasta han pensado en grabar todas las sesiones para garantizar la seguridad de los pacientes. Conozco a un terapeuta que, como lo demandaron injustamente, ahora rehúsa todo contacto físico —incluso darse la mano— con los pacientes.

Este desarrollo de los acontecimientos es peligroso. Si no recuperamos el equilibrio en esta área, sacrificaremos la esencia misma de la psicoterapia. Es por esta razón que escribí el consejo anterior sobre el contacto físico. Y es para asegurarme de que el estudiante no caiga en el error de equiparar intimidad terapéutica con intimidad sexual, que me apresuro a ofrecer ahora los comentarios siguientes sobre la transgresión sexual.

Fuertes sentimientos sexuales asedian la situación terapéutica. ¿Cómo podría ser de otro modo, dada la extraordinaria intimidad entre paciente y terapeuta? Los pacientes por lo general desarrollan sentimientos de amor y/o sentimientos sexuales por su terapeuta. La dinámica de una transferencia tan positiva está muchas veces sobredeterminada. Para empezar, los pacientes están expuestos a una situación muy rara y deliciosamente gratificante. Tienen a alguien que examina con interés cada palabra que profieren, que explora cada acontecimiento de su vida pasada o presente y que les brinda cuidado y educación y los acepta y apoya de manera incondicional.

Algunas personas no saben cómo responder a tanta generosidad. ¿Qué pueden ofrecer a cambio? Muchas mujeres, especialmente aquellas con baja autoestima, creen que el único don real que tienen para ofrecer es un don sexual. Sin el sexo —una mercancía de la que tal vez hayan depen-

dido en sus relaciones anteriores— sólo pueden prever una pérdida de interés y un abandono final por parte de su terapeuta. Para otras, que elevan al terapeuta a una posición irreal y sublime, puede darse también el deseo de unirse con algo más grande que ellas mismas. También están aquellas que tal vez compitan por su amor con otras pacientes desconocidas del terapeuta.

Todas estas distintas dinámicas deben integrarse en el diálogo terapéutico: de una manera u otra han creado dificultades en la vida del paciente y es bueno, no lo contrario, que emerjan en el "aquí y ahora" de la sesión de terapia. Dado que es de esperar que surja atracción por el terapeuta, este fenómeno, como todos los acontecimientos de la sesión de terapia, deben abordarse y comprenderse de manera explícita. Si el terapeuta se siente excitado por la paciente, esa misma excitación constituye información sobre la manera de ser de la paciente (suponiendo que el terapeuta tenga en claro sus reacciones).

Los terapeutas no gratifican a sus pacientes masoquistas golpeándolos. Del mismo modo no deberían involucrarse sexualmente con pacientes con ansias sexuales. Aunque la mayoría de las transgresiones sexuales ocurren entre un terapeuta varón y una paciente mujer (por esa razón utilizo los géneros de ese modo en esta discusión), las mismas cuestiones se aplican para terapeutas mujeres y gays.

Los terapeutas que por su historia siempre se hayan considerado poco atractivos para las mujeres pueden sentirse alborozados y desestabilizados al verse requeridos ávidamente por las pacientes. No olvide que los sentimientos que surgen en la situación terapéutica por lo general pertenecen más al rol que a la persona. No interprete la adoración transferencial como un signo de su irresistible atractivo o encanto personal.

Algunos terapeutas se meten en dificultades porque tienen una vida sexual insatisfecha o viven demasiado aisla-

dos como para realizar los contactos sexuales apropiados y necesarios. Obviamente, es un grave error considerar la propia práctica como una oportunidad para tales contactos. Es importante que los terapeutas hagan lo que sea necesario para corregir esta situación, ya sea terapia individual, terapia de pareja, recurrir a los servicios de citas, a lugares de encuentro en Internet o lo que fuere. Cuando me encuentro con uno de esos terapeutas en terapia o en supervisión, quiero decirles, y a menudo lo hago, que *cualquier* opción, incluso visitar a una prostituta, es preferible a la calamitosa opción de poner en acto la sexualidad con las pacientes; quiero decirles, y a menudo lo hago, que encuentren otra manera de satisfacer sus necesidades sexuales con una de los millones de personas potenciales que hay en el mundo, cualquiera excepto sus pacientes. Ésa sencillamente no es una opción ni profesional ni moral.

Si, en un análisis final, el terapeuta no puede encontrar ninguna solución a los indóciles impulsos sexuales y no es capaz o no está dispuesto a buscar ayuda en una terapia personal, entonces creo que no debería practicar psicoterapia.

La transgresión sexual también es destructiva para los terapeutas. Los terapeutas que transgreden la abstinencia sexual, una vez que se examinan con honestidad, comprenden que están actuando para su propia satisfacción y no para el bien de la paciente. Los terapeutas que han llevado a cabo un profundo compromiso con una vida de servicio cometen un acto de violencia contra ellos mismos y contra los preceptos morales más íntimos. Al final pagan un precio devastadoramente alto, no sólo para el mundo exterior bajo la forma de la censura civil, el castigo y la desaprobación generalizada, sino también interiormente bajo la forma de una vergüenza y una culpa constantes y difíciles de ahuyentar.

Capítulo 65

Esté atento a los aniversarios y a los temas que marcan las etapas de la vida

Ciertas fechas pueden tener una gran importancia para muchos pacientes. Como resultado de trabajar muchos años con personas en duelo por un ser querido, he aprendido a respetar la persistencia y el poder de las reacciones de los aniversarios. Muchas viudas se sienten golpeadas por olas repentinas de desesperación que coinciden con hitos del fallecimiento de su esposo, por ejemplo, la fecha del diagnóstico definitivo, la del fallecimiento o el funeral. Con frecuencia, el paciente no está conscientemente al tanto de las fechas precisas, un fenómeno que siempre me ha parecido una prueba convincente, de ser necesaria alguna, de la existencia de la influencia inconsciente sobre los pensamientos y los sentimientos conscientes. Tales reacciones de aniversarios pueden recurrir sin que mengüe su poder durante años, incluso décadas. La literatura profesional contiene muchos estudios sorprendentes que documentan la reacción de aniversario, tales como la mayor incidencia de hospitalización psiquiátrica en el aniversario, incluso décadas más tarde, del día de la muerte de alguno de los padres.

Algunas fechas especiales brindan una oportunidad para la indagación terapéutica de múltiples maneras. Los cumpleaños, especialmente los cumpleaños importantes, ofrecen una ventana abierta a las preocupaciones existenciales y llevan a una mayor contemplación del ciclo de la vida. En la adultez, las celebraciones de los cumpleaños son siempre,

me parece, asuntos agridulces con una contracara de tristeza. Algunas personas se sienten afectadas por el cumpleaños porque les recuerda a sus padres que ya han fallecido. Las fechas de las jubilaciones, de los casamientos o divorcios y muchos otros hitos recuerdan a los individuos la marcha inexorable del tiempo y la transitoriedad de la vida.

Capítulo 66

Jamás ignore la "ansiedad relacionada con la terapia"

Aunque hago hincapié en el hecho de que la terapia es un proceso creativo y espontáneo moldeado por el estilo único de cada practicante y personalizado para el uso exclusivo de cada paciente, hay, sin embargo, ciertas reglas universales. Una de tales reglas es: *explore siempre la ansiedad relacionada con la sesión.* Si un paciente experimenta ansiedad durante la sesión, o después (mientras vuelve a su casa o más tarde al pensar en ella), o por el contrario mientras se prepara para venir, siempre me parece muy importante focalizarse con profundidad en la cuestión.

Aunque la ansiedad puede a veces surgir del contenido de la charla terapéutica, con mucha mayor frecuencia proviene del proceso, de sentimientos acerca de la relación paciente-terapeuta.

Por ejemplo, una paciente comentó que se sentía ansiosa al entrar en mi consultorio:

—¿Por qué? ¿Qué la pone ansiosa al venir aquí?

—Estoy asustada. Siento que estoy patinando sobre una capa delgada de hielo.

—¿Y cuál es el equivalente en nuestra terapia de caerse a través del hielo?

—Que usted se harte de mis quejas y mis quejidos y no quiera volver a verme.

—Eso debe complicarle mucho las cosas. Le digo que exprese todos sus pensamientos perturbadores. Eso por

sí solo ya es bastante difícil, pero usted le agrega algo más: que debe tener cuidado de no sobrecargarme ni desanimarme.

U otra paciente:

—No quería venir hoy. Estuve molesta tòda la semana por lo que me dijo la última sesión cuando tomé el pañuelo de papel.
—¿Qué oyó que le dije?
—Que estaba harto de que me quejara y de que no aceptara su ayuda.
—Lo que yo recuerdo es algo muy distinto. Usted estaba llorando y como quería consolarla me estiré para ofrecerle un pañuelo. Me sorprendió lo rápido que se movió para tomarlo usted misma, como si quisiera evitar tomar algo de mí, y traté de alentarla a explorar sus sentimientos con respecto a aceptar ayuda de mí. Pero eso no es para nada lo mismo que una crítica o sentirse harto.
—Sí, de hecho me pasa algo con respecto a aceptar ayuda de parte suya. Pienso en usted como alguien que tiene un monto finito de cuidado para dar, sólo cien puntos, y no quiero gastar todos mis puntos rápidamente.

Si un paciente desarrolla ansiedad durante la sesión, me vuelvo un detective y solicito la ayuda del paciente para recorrer la sesión microscópicamente hasta determinar con total precisión cuándo se originó el malestar. Tal proceso de indagación implica que la ansiedad no desciende sobre uno caprichosamente como la lluvia, sino que es explicable: tienen causas que pueden descubrirse (y por consiguiente evitarse y controlarse).

A veces, si tengo una fuerte corazonada de que puede haber efectos retardados de algunos acontecimientos que

se produjeron durante la sesión, sugiero, hacia el fin de ésta, un experimento mental de proyección hacia el futuro:

—Todavía tenemos varios minutos pero me gustaría pedirle que se siente cómodamente, que cierre los ojos y que imagine que la sesión ya terminó y que está volviendo a su casa. ¿Qué estará pensando o sintiendo? ¿Cómo verá la sesión de hoy? ¿Qué sentimientos tendrá con respecto a mí o a la manera en que nos relacionamos?

Capítulo 67

Doctor, quíteme la ansiedad

Si un paciente está abrumado por la ansiedad y pide o ruega que le brinde alivio, generalmente me resulta útil preguntar: "Dígame, ¿qué querría que yo le diga que a usted le suene perfecto? ¿Qué cosa podría decirle exactamente para que se sienta mejor?" Naturalmente, no le estoy hablando a la mente racional del paciente sino por el contrario me estoy dirigiendo a la parte de niño que aún hay en él y le estoy pidiendo una asociación libre sin censura alguna.

En respuesta a tal pregunta, una paciente me dijo: "Quiero que me diga que soy la bebita más hermosa y perfecta del mundo". Entonces yo le dije exactamente lo que ella solicitaba y juntos examinamos los efectos tranquilizadores de mis palabras así como también otros sentimientos emergentes: su vergüenza por el infantilismo de sus sentimientos y su gran irritación por tener que decirme lo que yo debía decir. Este ejercicio de autotranquilización crea una cierta paradoja: la paciente es lanzada a un estado mental de dependencia al tener que pedirle al terapeuta que pronuncie palabras mágicas de alivio pero, a la vez, se ve obligada a asumir la posición de autonomía al tener que inventar las mismas palabras que la tranquilizarán.

Capítulo 68

Sobre la condición de ser un verdugo del amor

No me gusta trabajar con pacientes que están enamorados. Tal vez sea por envidia —yo también anhelo la magia del encantamiento—. O quizá se deba al hecho de que el amor y la psicoterapia son incompatibles. Un buen terapeuta lucha contra la oscuridad y busca la iluminación, mientras que el amor romántico se sostiene por el misterio y al inspeccionarlo se derrumba. Odio ser el verdugo del amor.

Una paradoja: aunque estas primeras líneas de *Verdugo del amor* expresan la molestia que me causa trabajar con pacientes enamorados, sin embargo, han impulsado a muchos pacientes enamorados a consultarme.

Por supuesto, el amor reviste muchas formas y estas líneas se refieren sólo a un tipo particular de experiencia amorosa: el estado mental de enamoramiento obsesivo y altamente encantado que posee por entero al individuo.

Por lo general esa experiencia es gloriosa, pero hay veces en que el enamoramiento causa más malestar que placer.

A veces la satisfacción del amor elude siempre al enamorado, por ejemplo cuando una de las partes o ambas están casadas y no están dispuestas a abandonar el matrimonio. A veces el amor no es retribuido: una persona ama a otra y el otro rehúye el contacto o sólo desea una relación sexual. A veces la persona amada es totalmente inalcanzable: un maes-

tro, un antiguo terapeuta, la esposa de un amigo. Con frecuencia el amor puede llegar a absorber tanto al enamorado, que éste termina dedicando la mayor parte de su tiempo a esperar la más mínima visión de la persona amada, descuidando todo lo demás: el trabajo, las amistades, la familia. Un amante en una relación extramatrimonial puede sustraerse de su cónyuge, tal vez hasta evitar la intimidad para ocultar su secreto, tal vez rehúse la terapia de pareja y hasta puede mantener la relación marital en un estado de insatisfacción para disminuir su culpa y justificar el *affaire*.

Pero por más variadas que sean las circunstancias, la experiencia es la misma: el amante idealiza a la amada, está obsesionado con ella y por lo general sólo desea pasar el resto de su vida gozando de su presencia.

Para lograr desarrollar una relación empática con los pacientes enamorados, no debe perderse de vista el hecho de que su experiencia es sumamente extraordinaria: la unión extática y beatífica, la disolución del solitario "yo" en el mágico "nosotros" puede ser una de las experiencias más maravillosas de la vida del paciente. Por lo general es recomendable que usted exprese su aprecio por ese estado mental y se abstenga de las críticas sobre el halo de sentimientos áureos que rodea a los enamorados.

Nadie expresó este dilema mejor que Nietzsche, quien después de "volver en sí" de un apasionado (pero casto) *affaire* amoroso con Lou Salomé, escribió:

> Un día una golondrina pasó volando a mi lado... y pensé que había visto un águila. Ahora todo el mundo está ocupado probándome lo equivocado que estaba, y hay todo un chismorreo europeo a este respecto. Bueno: ¿a quién le fue mejor? ¿A mí, "el engañado", como dicen, quien a causa del reclamo de un pájaro vivió todo un verano en un mundo superior de esperanza?, ¿o a ellos, para quienes no existe engaño posible?

De modo que uno debe ser delicado con un sentimiento que le permite a alguien vivir en un "mundo superior de esperanza". Valore el éxtasis del paciente pero también ayúdelo a prepararse para su fin. Porque siempre termina. Hay una única propiedad verdadera del amor romántico: nunca dura —la evanescencia es parte de la naturaleza del estado de enamoramiento—. Pero cuídese de acelerar su fallecimiento. No trate de luchar con el amor más de lo que lucharía con fuertes creencias religiosas; son duelos que no podrá ganar (y hay similitudes entre estar enamorado y la experiencia del éxtasis religioso: un paciente se refirió a su "Estado de Capilla Sixtina"; otro describió su amor como una condición celestial imperecedera). Sea benévolo, deje que el enamorado descubra y exprese sus sentimientos sobre la irracionalidad de lo que experimenta o sobre su desilusión de la enamorada. Cuando se dan esas expresiones, trato de recordar las palabras del paciente muy cuidadosamente. Si vuelve a entrar en ese estado e idealizar de nuevo a la amada, quizá le recuerde su comentario.

Al mismo tiempo exploro la experiencia como exploraría cualquier estado emocional intenso. Digo cosas tales como: "Qué maravilloso para usted... es como volver a nacer, ¿no es cierto? Es fácil entender por qué no quiere dejar esto. Examinemos qué le permitió vivir algo así ahora... Cuénteme de su vida en las semanas anteriores a que esto apareciera. ¿Cuándo fue la última vez que sintió un amor así? ¿Qué pasó con ese amor?".

Resulta provechoso concentrarse en el estado de enamoramiento más que en la persona amada. Es la experiencia —no la otra persona— lo que es importante. La frase de Nietzsche "Uno ama a su propio deseo, no a la persona deseada" muchas veces me ha resultado muy valiosa en mi trabajo con pacientes atormentados por el amor.

Dado que la mayoría de los individuos saben (aunque

traten de ignorarlo) que la experiencia no durará para siempre, intento amablemente introducir un poco de perspectiva de largo alcance y disuadir al paciente de que tome alguna decisión irreversible sobre la base de sentimientos que probablemente son evanescentes.

Fije las metas de la terapia en las primeras reuniones. ¿Qué tipo de ayuda se busca? Obviamente debe haber algo disfuncional en la experiencia del paciente o no estaría consultándolo. ¿Le está solicitando ayuda para salir de la relación? Con frecuencia evoco la imagen de la balanza y pregunto sobre el equilibrio de placer y el displacer (o felicidad e infelicidad) que brinda la relación. A veces una hoja tabulada puede ayudar a ilustrar el balance y les pido a los pacientes que llevan un diario, con varias observaciones por día, el número de veces que piensan en su amada o incluso el número de minutos u horas por día consagrados a ese fin. Los pacientes a veces se asombran por los resultados, o por cuánto de sus vidas se consume en pensamientos circulares y repetitivos e, inversamente, qué poco participan de una vida más real.

A veces trato de ofrecer al paciente un poco de perspectiva mediante la discusión de la naturaleza y las diferentes formas de amor. La clásica monografía de Erich Fromm, *El arte de amar*, es un valioso recurso tanto para el paciente como para el terapeuta. A menudo pienso en el amor maduro como un amor por el ser y el crecimiento del otro y de seguro la mayor parte de los pacientes estará de acuerdo con esta visión. ¿Cuál es entonces la particular naturaleza de su amor? ¿Están enamorados de alguien a quien, en el fondo, no respetan en realidad o de alguien que los maltrata? De hecho, todos sabemos lamentablemente que hay personas cuyo amor se intensifica si no son tratadas bien.

Si ellas desean que usted las ayude a salir de esa relación, hará bien en recordarles a ellas (y a usted mismo) que la liberación es ardua y lenta. Ocasionalmente una persona

despierta de manera casi instantánea de un enamoramiento muy a la manera en que despiertan del encantamiento los personajes de *Sueño de una noche de verano*, pero por lo general los tormentos que padecen los enamorados pueden durar varios meses. A veces pasan años y hasta décadas antes de que puedan ver o incluso pensar en el otro sin sentir el aguijón del deseo o de la ansiedad.

Tampoco la disolución es un proceso constante. Hay recaídas, y nada es más proclive a producir una recaída que un encuentro con la persona amada. Los pacientes ofrecen muchas racionalizaciones para tales contactos: insisten en que ahora ya superaron la cuestión y una charla cordial, un café o un almuerzo con la ex amada les ayudará a aclarar las cosas, les ayudará a comprender qué anduvo mal, les ayudará a establecer una amistad adulta y duradera o incluso les permitirá decir adiós como una persona madura. Es muy probable que no ocurra ninguna de estas cosas. Por lo general, la persona recuperada retrocede muy a la manera en que un desliz hace que recaiga un alcohólico en recuperación.

No se frustre por tales retrocesos, algunos enamoramientos están destinados a durar años. No es una cuestión de falta de voluntad; hay algo de esa experiencia que toca al paciente en niveles muy profundos. Trate de entender el rol crucial que juega la obsesión en la vida interna de la persona. Creo que la obsesión del amor a menudo sirve como distracción, manteniendo la mirada del sujeto lejos del dolor de ciertos pensamientos. Tarde o temprano espero llegar a la pregunta: ¿En qué estaría pensando si no estuviera obsesionado con...?

Capítulo 69

Sobre la historia clínica del paciente

Al iniciar su formación, se les enseña a los estudiantes de psicoterapia algunos esquemas sistemáticos para consignar la historia clínica de los pacientes. Estos esquemas siempre incluyen puntos tales como la presentación de la queja del paciente, enfermedades actuales y su historia (incluyendo familia, educación, salud física, anteriores terapias, amistades, etcétera). Un método sistemático para la recopilación de la información tiene ventajas obvias. A los médicos, por ejemplo, se los entrena para evitar cualquier omisión enseñándoles que además de consignar la historia deben hacer un examen físico de una manera altamente rutinaria que consiste en un estudio metódico de los sistemas orgánicos (sistema nervioso, sistema gastrointestinal, sistema urinario-genital, sistema cardiovascular y sistema osteomuscular).

Algunas situaciones de la práctica terapéutica exigen un método sistemático para la recopilación de la historia del paciente: por ejemplo, en el primer par de sesiones, cuando uno está tratando de obtener una rápida lectura del contexto vital del paciente; en una consulta por tiempo limitado; o algunas veces en que uno debe recopilar información de manera rápida para hacer una presentación sucinta ante colegas. Sin embargo, una vez que los terapeutas adquieren más experiencia, rara vez siguen una lista sistemática de cuestiones para la enorme masa del trabajo terapéutico. La recopilación de información se vuelve intuitiva y auto-

mática. No precede a la terapia sino que es parte integrante de ésta. Como lo expresó Erik Erikson: "Consignar la historia es construir la historia".

Capítulo 70

Un relato de las actividades diarias del paciente

A pesar de la confianza que tengo en un modo intuitivo de juntar datos, hay una indagación particularmente productiva que siempre hago en la primera o segunda sesión:

—Por favor, hágame un relato detallado de un día típico de su vida.

Me aseguro de hablar sobre todo, incluyendo los hábitos de alimentación, los sueños, la recreación, los períodos de malestar y alegría, tareas precisas de trabajo, el consumo de alcohol y drogas, incluso las preferencias de lectura, cine y televisión. Si esta indagación es suficientemente detallada, los terapeutas pueden aprender mucho y descubrir información que a menudo queda afuera de los sistemas utilizados para la consignación de la historia clínica.

Escucho muchas cosas: los hábitos de comida, las preferencias estéticas, las actividades del tiempo libre. En particular, presto atención a las personas que habitan la vida de mis pacientes. ¿Con quién tienen un contacto regular? ¿Con quién tienen conversaciones telefónicas o hablan personalmente durante la semana? ¿Con quién almuerzan o cenan?

Por ejemplo, en entrevistas iniciales recientes esta indagación me permitió enterarme de cosas que tal vez me habría llevado meses averiguar; dos horas de computadora por día jugando al solitario; tres horas por noche en salones de *chat* sexual por Internet bajo otra identidad; una postergación total del trabajo con la sensación de vergüenza subsiguiente; un horario de actividades diarias tan exigen-

te que quedé exhausto de sólo oírlo; charlas diarias (a veces de horas) por teléfono de una mujer de mediana edad con su padre; largas llamadas por teléfono de una mujer gay con una ex amante que le desagradaba pero de la que se sentía incapaz de separarse.

Una indagación de los detalles más minúsculos de la vida del paciente no sólo produce un rico material que de otra manera se perdería sino que también da un impulso inicial al proceso de unión entre paciente y terapeuta. Hablar intensamente y en detalle de las actividades cotidianas acrecienta rápidamente la sensación de intimidad entre los dos, tan necesaria en el proceso de cambio.

Capítulo 71

¿Qué otras personas habitan la vida del paciente?

En un valioso estudio sobre relaciones interpersonales, la psicóloga Ruthellen Josselson utiliza como instrumento un "sistema solar" con lápiz y papel y les pide a los entrevistados que se representen a sí mismos como un punto en el centro de la hoja y a la gente que hay en su vida como objetos que giran alrededor de ellos a distintas distancias. Cuanto más cerca del centro se halla el punto, más central es la relación. Su particular estudio siguió los cambios posicionales de los satélites en circulación por un período de varios años. Mientras que el instrumento puede resultar algo incómodo para la práctica diaria, sirve no obstante como un excelente modelo para la visualización de patrones interpersonales.

Una de las tareas principales que realizo en mis primeros contactos con un paciente es tratar de averiguar qué personas habitan su vida. Gran parte de esa información puede obtenerse mientras se estudia la actividad diaria del paciente, pero siempre me aseguro de llevar a cabo una indagación detallada sobre todas las personas que son importantes en la vida del paciente, así como también sobre todos los contactos interpersonales de cualquiera de los últimos días que resulte representativo. También me es muy instructivo preguntar sobre los mejores amigos, pasados o presentes, del paciente.

Capítulo 72

Entreviste a aquellas personas más significativas

Jamás lamenté haber entrevistado a alguna persona importante en la vida de mis pacientes, por lo general un cónyuge o una pareja. De hecho, al final de una entrevista de este tipo, nunca dejo de preguntarme: ¿Por qué esperé tanto tiempo? o ¿Por qué no lo hago más seguido? Cuando escucho a los pacientes describir a las personas importantes de su vida, me creo una imagen mental de la otra persona, olvidando a menudo que mi información es extremadamente sesgada porque está filtrada por los ojos imperfectos y parciales del paciente. Pero una vez que los entrevisto, quedan encarnados y entro más de lleno en la vida del paciente. Como conozco a la esposa del paciente, por ejemplo, en una situación inusual, estoy consciente de que no la conozco realmente, pero no es eso lo importante; lo importante es que la imagen que tengo del rostro y de la persona del otro me permite un encuentro más rico con mi paciente. Además, la esposa puede brindar una nueva perspectiva e información muy valiosa sobre el paciente.

Las otras personas, por supuesto, se sienten amenazadas al ser invitadas a una cita con el terapeuta del otro. Se dan cuenta de que el terapeuta que los estará estudiando tiene, como es lógico, una lealtad básica con el paciente. Pero hay una estrategia que rara vez falla para disminuir la sensación de amenaza y que generalmente sirve para persuadir a la pareja de que venga a la sesión. Instruya a su paciente de la siguiente manera:

—John, por favor, dígale a X que podría serme útil para poder ayudarlo mejor a usted. Quisiera obtener retroalimentación sobre usted, especialmente sobre algunas de las maneras en que le gustaría a ella que usted cambie. No se trata de un examen sino de una charla sobre las observaciones que tenga para hacer sobre usted.

Además, recomiendo que la sesión sea conducida exactamente de ese modo. Dado que prefiero no tener secretos, fuera del conocimiento que tengo de mis pacientes, siempre entrevisto a la otra persona en presencia del paciente. Dedíquese a obtener las respuestas y las sugerencias de ideas sobre los cambios que el paciente podría emprender en vez de realizar una entrevista personal de la otra persona. Usted obtendrá una imagen lo bastante compleja de ella simplemente por el modo en que ésta brinde su retroalimentación.

Y también recomiendo que no transforme el encuentro en una sesión de terapia de pareja. Puesto que su lealtad básica es hacia un miembro de la pareja con quien usted tiene un compromiso terapéutico, no es usted la persona adecuada para tratar a la pareja. Si usted intenta hacer terapia de pareja con un bagaje de información confidencial que obtuvo de uno solo de los miembros, pronto se verá obligado a retener datos y quedará complicado en un comportamiento engañoso. Es mejor que la terapia de pareja la realice otro terapeuta cuya lealtad sea igual hacia ambos.

Capítulo 73

Explore las terapias anteriores

Si mi paciente ha hecho terapia anteriormente, realizo una indagación detallada de su experiencia. Si la terapia fue insatisfactoria, los pacientes casi siempre citan la falta de compromiso de su anterior terapeuta. Era demasiado distante, dicen, para nada involucrado y descomprometido, no me brindaba ningún apoyo, era demasiado impersonal. Hasta ahora nunca he oído que un paciente se queje de que un terapeuta haya sido demasiado abierto, que brindara demasiado apoyo, o que fuera demasiado personal (con la excepción, por supuesto, de los casos en que la paciente y el terapeuta estaban sexualmente comprometidos).

Una vez que usted se percate de los errores del anterior terapeuta, trate de evitar repetirlos. Hago esto de manera explícita controlando de vez en cuando con preguntas simples y directas. Por ejemplo: "Mike, hace cuatro sesiones que nos reunimos y tal vez deberíamos ver cómo nos está yendo. Usted habló de sus sentimientos acerca del doctor X, su anterior terapeuta. Me gustaría saber cómo repercute eso conmigo. ¿Puede recordar algún momento en que tuvo sentimientos similares para conmigo o en el que usted y yo estábamos entrando en patrones similares e improductivos?".

Si el paciente ha tenido una experiencia de terapia positiva en el pasado (y por distintas razones no puede continuar con el mismo terapeuta), creo que es igualmente importante explorar lo que anduvo bien en la terapia con el propósito de incorporar esos aspectos a la actual terapia.

No espere que esos relatos sobre el fracaso o el éxito de la anterior terapia permanezcan estáticos: generalmente cambian del mismo modo que cambia la visión que tiene el paciente de otros acontecimientos pasados. Con el tiempo, los pacientes tal vez empiecen a recordar efectos positivos de los terapeutas que al principio habían vilipendiado.

Capítulo 74

Juntos a la sombra del lado sombrío

¿Qué recuerdo tengo de las setecientas horas que pasé sobre el diván en mi primer análisis? El recuerdo más diáfano que tengo de mi analista, Olive Smith, esa oyente silenciosa y paciente, es de un día en que yo mismo me había iniciado juicio por pensar con avidez en el dinero que heredaría cuando mis padres muriesen. No estaba ahorrando ningún esfuerzo en mi autocrítica cuando, de una manera de lo más excepcional, ella entró en acción y desbarrancó todo el procesamiento con una sola frase: "Eso no es más que el modo en que estamos hechos todos nosotros".

No fue sólo el hecho de que ella se acercara para consolarme, aunque lo agradecí. Ni que normalizara mis bajos instintos. No, fue otra cosa: fue el uso del *nosotros*. Fue la inferencia de que ella y yo éramos iguales, de que ella también tenía su lado de sombra.

Atesoré muy especialmente ese don. Y muchas veces lo he pasado a otros. Trato de normalizar los impulsos más oscuros de mis pacientes por todos los medios posibles. Los tranquilizo, imito a Olive Smith en el uso del *nosotros*, señalo la ubicuidad de ciertos sentimientos e impulsos, remito a los pacientes a materiales de lectura apropiados (por ejemplo, para los sentimientos sexuales sugiero los informes de Kinsey, Masters y Johnson o de Hite).

Intente normalizar el lado oscuro de todas las maneras posibles. Los terapeutas debemos estar abiertos a todas nuestras propias partes sombrías y bajas y hay veces en que

compartirlas con los pacientes les permite dejar de flagelarse por sus propias transgresiones reales o imaginarias.

Una vez, después de haber elogiado a una paciente por el tipo de crianza que estaba brindando a sus dos hijos, ella se puso notablemente incómoda y anunció con gravedad que iba a decirme algo que nunca había compartido conmigo antes: que después de parir a su primer hijo había sentido un fuerte impulso por salir caminando del hospital y abandonar a su bebé. Aunque deseaba ser madre no podía soportar la idea de entregar tantos años de libertad. Nómbreme a una madre que no tenga sentimientos así, dije. O a un padre. Aunque amo a mis hijos, le dije, hubo innumerables veces en que lamenté profundamente el modo en que interferían con mis otras tareas e intereses en la vida.

El eminente analista D.W. Winnicott era especialmente valiente para compartir sus impulsos oscuros y un colega mío, cuando trata a pacientes preocupados por sus sentimientos de enojo para con sus hijos, a menudo cita un artículo de Winnicott en el que están enumeradas dieciocho razones por las que las madres odian a sus bebés. Winnicott también cita las canciones de cuna hostiles que las madres cantan a sus bebés y cuyas letras afortunadamente éstos no comprenden. Por ejemplo:

Duérmete, bebé, sobre la cima del árbol,
cuando el viento sople la cuna se mecerá,
cuando la rama se rompa, la cuna caerá,
y abajo caerá el bebé con cuna y todo.

Capítulo 75

Freud no siempre estaba errado

Aporrear a Freud se ha puesto de moda. Ningún lector contemporáneo puede escapar a la encarnecida crítica que condena la teoría psicoanalítica afirmando que está tan perimida como la cultura obsoleta de la que surgió. Se ataca al psicoanálisis como a una pseudociencia basada en un paradigma científico anticuado y eclipsado por recientes avances en la neurobiología del sueño y en la genética de la esquizofrenia y de los desórdenes afectivos. Además, los críticos afirman que es una fantasía dominada por el varón sobre el desarrollo humano, plagada de sexo y construida a partir de historias clínicas distorsionadas y observaciones inexactas e incluso a veces imaginarias.

Tan penetrante y perniciosa ha sido la crítica que hasta ha rezumado en los programas de formación terapéutica y toda una generación de practicantes de la salud mental se ha educado con una visión crítica y totalmente parcial del hombre cuyas ideas constituyen los fundamentos mismos de la psicoterapia.

Permítame sugerirle un experimento mental. Imagine que usted está desesperado por una relación frustrada. Está asediado por pensamientos de desprecio y odio por una mujer que durante meses usted idealizó. No puede dejar de pensar en ella, se siente profundamente, quizá mortalmente, herido y contempla la posibilidad de poner fin a su vida, no sólo para terminar con su dolor sino también para castigar a la mujer que lo causó. Usted está fijado en la desesperación a pesar de los esfuerzos por consolarlo

de sus mejores amigos. ¿Cuál sería su siguiente paso?

Con toda probabilidad usted consideraría la posibilidad de consultar a un psicoterapeuta. Todos sus síntomas —depresión, ira, pensamientos obsesivos— sugieren no sólo que necesita terapia sino que se beneficiaría mucho con ella.

Ahora pruebe una variante del experimento. Imagine que tiene los mismos síntomas pero que eso sucede hace más de cien años, digamos en 1882, y usted vive en Europa Central. ¿Qué haría usted? Éste es precisamente el desafío que enfrenté hace unos años cuando escribí mi novela *El día que Nietzsche lloró*. El argumento exigía que Nietzsche viera a un terapeuta en 1882 (el día que estuvo muy desesperado por la ruptura con Lou Salomé).

Pero, ¿quién sería el terapeuta de Nietzsche? Después de una larga investigación histórica, era obvio que no existía ese tipo de criatura en 1882, hace sólo ciento veinte años. Si Nietzsche hubiese recurrido a un médico en busca de ayuda le habrían informado que las enfermedades del amor no eran un problema médico y le hubiesen recomendado pasar un tiempo en Marienbad o en algún otro lugar de baños de Europa para una cura de agua y reposo. O quizá lo habrían enviado a ver a algún sacerdote compasivo y solidario para que recibiera consejo religioso. ¿Terapeutas laicos? ¡No había ninguno! Aunque Liebault y Bernheim tenían una escuela de hipnoterapia en Nancy, Francia, no ofrecían psicoterapia propiamente dicha; sólo una eliminación hipnótica del síntoma. El campo de la psicoterapia secular todavía estaba por inventarse; esperaba la llegada de Freud, quien en 1882 era aún un médico residente y no había ingresado todavía en el campo de la psiquiatría.

No sólo inventó Freud el campo de la psicoterapia sin ayuda de nadie sino que lo hizo de un solo golpe. En 1895 (en *Estudios sobre la histeria*, en colaboración con Josef Breuer), escribió un capítulo sorprendentemente anticipatorio sobre psicoterapia que prefigura gran parte de los

principales desarrollos que ocurrirían a lo largo de los cien años siguientes. Allí Freud postula los fundamentos de nuestro campo: el valor del *insight* y de una profunda autoexploración; la existencia de la resistencia, la transferencia, el trauma reprimido; el uso de los sueños y las fantasías, la dramatización, la libre asociación; la necesidad de abordar los problemas caracterológicos además de los síntomas; y la absoluta necesidad de la confianza dentro de la relación terapéutica.

Tan instrumentales considero estas cuestiones para la educación del terapeuta que durante décadas di en Stanford un curso de apreciación de la obra de Freud en el que hacía hincapié en dos puntos: una lectura de sus textos (en vez de la lectura de fuentes secundarias) y una apreciación de su contexto histórico.

A menudo los divulgadores resultan útiles para los estudiantes que deben leer a pensadores incapaces de escribir con claridad (o que eligen la ofuscación), por ejemplo filósofos como Hegel, Fichte o incluso Kant, o en el campo de la psicoterapia, Sullivan, Fenichel o Fairbairn. Pero no es el caso de Freud. Aunque Freud no ganó ningún Premio Nobel por su contribución a la ciencia, le fue otorgado el Premio Goethe por sus méritos literarios. A través de todos sus textos, su prosa resplandece a pesar del pesado velo de las traducciones. De hecho, muchas de las historias clínicas se asemejan a las grandes obras maestras del género de cuentos.

En mis clases, me concentro particularmente en los primeros textos, *Estudios sobre la histeria*, secciones escogidas de *La interpretación de los sueños* y *Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad* y un bosquejo de su contexto histórico —es decir, el *Zeitgeist* (el espíritu de la época) psicológico del siglo XIX—, lo que permite al estudiante captar lo verdaderamente revolucionarias que fueron sus ideas.

Un punto más: No deberíamos evaluar las contribucio-

nes de Freud sobre la base de las posiciones promovidas por distintas instituciones psicoanalíticas freudianas. Freud tenía muchos seguidores sedientos de una ortodoxia ritualizada y muchos institutos analíticos adoptaron una visión conservadora y estática de su obra, completamente en desacuerdo con su disposición siempre renovada, innovadora y creativa.

En mi propio desarrollo profesional he sido extremadamente ambiguo con respecto a los institutos de formación psicoanalítica tradicionales. Me parecía que la posición analítica conservadora de mi época sobrevaloraba la importancia del *insight*, particularmente acerca de los temas de desarrollo psicosexual y además ignoraba por completo la importancia del encuentro humano en el proceso terapéutico. (Theodor Reik escribió: "El mismo diablo no podría asustar más a los analistas que el uso de la palabra 'yo' ".) Por lo tanto, preferí no entrar en una institución analítica y, al mirar retrospectivamente mi carrera, considero que fue una de las mejores decisiones de mi vida. Aunque me debí enfrentar a una gran sensación de aislamiento profesional e incertidumbre, tuve la libertad de proseguir mis propios intereses y de pensar sin verme limitado por los preconceptos.

Mis sentimientos con respecto a la tradición psicoanalítica hoy por hoy han cambiado considerablemente. Aunque no me agradan muchos de los atavíos y de las posiciones ideológicas de las instituciones analíticas, sin embargo esas instituciones son a menudo lo único con lo que contamos, el único lugar donde las mentes mejores y más brillantes de la profesión se dedican a discutir temas técnicos serios de psicodinámica. Además, a mi parecer, recientemente ha habido un desarrollo saludable dentro de la práctica y el pensamiento analíticos: es decir, un interés y una literatura de rápido crecimiento sobre la cuestión de la intersubjetividad y la psicología del par terapéutico que refleja una nueva apreciación del rol crucial que ocupa el encuentro

humano básico dentro del proceso de cambio. En gran medida, los analistas progresistas luchan por una mayor apertura y sinceridad en su relación con los pacientes.

Como el sistema de salud privado incentiva una formación más breve (y de allí una reducción de los costos a través de una remuneración más baja al terapeuta), se necesita más que nunca una formación clínica suplementaria para los graduados. Los institutos psicoanalíticos (definidos en sentido amplio: freudianos, junguianos, interpersonales, existenciales) ofrecen, por mucho, la formación en terapia dinámica para graduados más seria y exhaustiva. Además, la cultura de institución compensa el aislamiento tan inherente a la práctica terapéutica proveyendo una comunidad de mentes semejantes, un grupo de colegas que enfrentan desafíos intelectuales y profesionales similares.

Quizá soy indebidamente alarmista pero me parece que, en esta época de ataque implacable contra el campo de la psicoterapia, las instituciones analíticas pueden volverse el último bastión, el depositario de la totalidad del saber psicoterapéutico, muy a la manera en que la Iglesia durante siglos fue la depositaria del saber filosófico y el único terreno donde se discutían cuestiones existenciales serias tales como el propósito de la vida, los valores, la ética, la responsabilidad, la libertad, la muerte, la comunidad, la sociabilidad, etcétera. Hay similitudes entre las instituciones analíticas y las instituciones religiosas del pasado y es importante que no repitamos las tendencias de algunas de éstas a suprimir otros foros de plática pensante y a legislar lo que los pensadores pueden pensar.

Capítulo 76

La CBT no es como la pintan sus elogios...
O no tenga miedo del cuco de la EVT

Recientemente el concepto de la EVT (terapia empíricamente validada)* ha tenido un enorme impacto —hasta el momento puramente negativo— sobre el campo de la psicoterapia. Sólo las terapias que han sido validadas empíricamente —en realidad esto significa la terapia breve cognitivo-conductista (CBT)**— están autorizadas por la mayoría de quienes proveen sistemas de salud por gerenciamiento. Las escuelas de psicología que otorgan maestrías y doctorados están remodelando sus currículas para concentrarse en la enseñanza de las EVT; quienes diseñan los exámenes para licencias se aseguran de que los psicólogos estén adecuadamente imbuidos con un conocimiento de la superioridad de la EVT; y las agencias federales de financiación para la investigación psicoterapéutica más importantes miran con una atención especial las investigaciones sobre terapias validadas empíricamente.

Todas estas circunstancias crean una gran disonancia para muchos terapeutas de larga experiencia y trayectoria que se ven expuestos cotidianamente a los administradores de las empresas de salud que insisten sobre el uso de las EVT. Estos practicantes expertos se encuentran con una apa-

* Empirically Validated Therapy.
** Brief Cognitive-Behavioral Therapy.

rente avalancha de evidencia científica que "prueba" que su propio enfoque terapéutico es menos efectivo que el que ofrecen terapeutas más jóvenes (y menos costosos) que realizan CBT según un manual de instrucciones en períodos sorprendentemente breves. En su interior saben que eso está mal, sospechan de la existencia de humo y espejos en todo este asunto, pero como no tienen ninguna respuesta basada en evidencias, por lo general, dan un paso atrás y siguen con su trabajo esperando que en algún momento la pesadilla termine.

Algunas publicaciones metanalíticas recientes están restableciendo un poco el equilibrio. (A continuación extraigo profusamente del excelente estudio y análisis de Weston y Morrison.) Primero, exhorto a los analistas a que recuerden que las terapias *no validadas* no son terapias *invalidadas*. A las investigaciones, si quieren recibir financiamiento, se les exige que tengan un diseño "limpio", comparable a las investigaciones que prueban la eficacia de las drogas. Las normas de diseño además exigen pacientes "limpios" (es decir, pacientes con un único desorden, sin síntomas de otros grupos diagnósticos, un tipo de paciente que se encuentra poco en la práctica clínica), una intervención terapéutica breve y un modo de tratamiento repetible, preferentemente pautado (es decir capaz de ser reducido a un manual de instrucciones descriptas paso por paso). Ese diseño favorece ampliamente la CBT y excluye las terapias más tradicionales que se basan en una relación genuina entre terapeuta y paciente enfocada en el "aquí y ahora" tal como va desarrollándose.

Hay muchos presupuestos falsos en las investigaciones de la EVT: que los problemas de larga data pueden ceder ante las terapias breves; que los pacientes tienen un solo síntoma definible del que pueden informar con exactitud al inicio de la terapia; que los elementos de una terapia eficaz pueden disociarse unos de otros; y que un manual de pro-

cedimiento sistemático puede permitir a individuos mínimamente formados realizar una terapia con eficacia.

El análisis de los resultados de EVT (Weston y Morrison) indica resultados mucho menos impresionantes de lo que generalmente se ha creído. Hay poco seguimiento del caso después de un año y casi ninguno a los dos. La respuesta positiva temprana a las EVT (que se encuentra en cualquier intervención terapéutica) ha llevado a un cuadro de eficacia distorsionado. Las ganancias no perduran y el porcentaje de pacientes cuya mejoría continúa es sorprendentemente bajo. No existe ninguna evidencia de que la adhesión del terapeuta a un manual se correlacione positivamente con una mejoría; de hecho hay evidencia en contrario. En general, las implicaciones de la investigación de la EVT se han extendido mucho más allá de la evidencia científica.

La investigación naturalista de la práctica clínica de la EVT revela que la terapia breve no es tan breve: los clínicos que tratan pacientes usando EVT ven a sus pacientes muchas más horas de las que se citan en los informes de las investigaciones. La investigación indica (para sorpresa de nadie) que las aflicciones agudas pueden aliviarse con rapidez pero que las aflicciones crónicas requieren terapias mucho más largas y los cambios caracterológicos, los tratamientos más largos.

No puedo evitar plantear una última cuestión maliciosa. Tengo una fuerte corazonada (basada sólo en hechos anecdóticos) de que los practicantes de las EVT que requieren ayuda psicoterapéutica no buscan terapias cognitivo-conductistas breves sino que, en cambio, recurren a terapeutas dinámicos, experimentados, con una gran formación y que carecen por completo de manual.

Capítulo 77

Los sueños: úselos, úselos, úselos

¿Por qué tantos terapeutas jóvenes evitan trabajar con los sueños? Mis supervisados me dan distintas respuestas. Muchos se sienten intimidados por la naturaleza de la literatura sobre sueños, tan voluminosa, compleja, arcana, especulativa y controvertida. Los estudiantes por lo general se sienten confundidos por los libros sobre la simbología de los sueños y por la profusión de debates mordaces entre freudianos, junguianos, gestálticos y visionarios. Luego está la literatura, cada día más amplia, sobre la nueva biología de los sueños que a veces es afín al trabajo onírico y otras veces lo desestima, declarando que los sueños son creaciones puramente azarosas y desprovistas de todo significado.

Otros se sienten frustrados y descorazonados por la forma misma de los sueños, por su naturaleza efímera, críptica, extravagante y de pesados disfraces. Otros, que trabajan dentro del marco de terapias breves impuestas por el sistema de salud privado, carecen del tiempo necesario para trabajar con los sueños. Por último, y quizás esto sea lo más importante, muchos terapeutas jóvenes no han tenido la prueba que aporta la experiencia de una terapia personal que se haya beneficiado a partir del trabajo de los sueños.

Considero esta desatención a los sueños una lástima y una gran pérdida para los pacientes del mañana. Los sueños pueden ser una ayuda inestimable para una terapia eficaz. Representan un reafirmación incisiva de los problemas más profundos del paciente, sólo que en un len-

guaje diferente, un lenguaje de imaginería visual. Los terapeutas de gran experiencia siempre han confiado en los sueños. Freud los consideraba "la *via regia* hacia el inconsciente". Aunque estoy de acuerdo, no es ésa, como comentaré más adelante, la razón principal por la que los sueños me parecen tan útiles.

Capítulo 78

¿Una interpretación total de un sueño? ¡Ni lo piense!

De todos los conceptos errados que tienen los jóvenes terapeutas sobre el trabajo onírico, el más problemático es la noción de que la meta es interpretar un sueño de manera total y con exactitud. Esa idea no tiene ningún valor para la práctica psicoterapéutica y exhorto a mis estudiantes a que la abandonen.

Freud hizo un intento osado y célebre de una interpretación total en su revolucionario libro *La interpretación de los sueños* (1900), en el que analizó exhaustivamente uno de sus propios sueños en relación con una mujer llamada Irma, que había derivado a un amigo y colega para que le realizara una operación. Desde la publicación del sueño de Irma, muchos teóricos y clínicos han propuesto nuevas interpretaciones e incluso ahora, cien años después, continúan apareciendo nuevas perspectivas sobre ese sueño en la literatura psicoanalítica.

Aun si fuese posible interpretar enteramente un sueño, no sería necesariamente un buen aprovechamiento del tiempo de la sesión. En mi propia práctica encaro los sueños de manera pragmática y los utilizo de todas las maneras posibles para facilitar la terapia.

Capítulo 79

Utilice los sueños pragmáticamente: Píllelos y saquéelos

El principio fundamental que subyace a mi trabajo con los sueños es extraer de ellos todo lo que facilite y acelere la terapia. Saquee los sueños, extraiga de ellos lo que le parezca valioso y no se lamente por las balas perdidas. Consideremos, por ejemplo, este sueño espantoso que tuvo una paciente después de su primera sesión:

> —Todavía estaba en la Facultad de Derecho pero estaba llevando adelante un caso en una corte abierta, grande y repleta de gente. Seguía siendo una mujer pero tenía el pelo muy corto y llevaba un traje de hombre con botas altas. Mi padre, con una bata larga y blanca, era el acusado y yo era el fiscal que lo juzgaba por un cargo de violación. Sabía en ese momento que mi comportamiento era suicida porque a la larga él me iba a perseguir y a matar por lo que le estaba haciendo.

El sueño la despertó a las tres de la mañana y fue tan espantoso y real que, asustada de que entrara algún posible intruso, empezó a recorrer toda la casa revisando las cerraduras de todas las puertas y ventanas. Incluso mientras me lo relataba, unas horas después, todavía se sentía aprensiva.

¿Cómo saqueamos este sueño para provecho de la terapia? Primero debemos considerar el momento en que fue soñado. Dado que recién estábamos comenzando la tera-

pia, mi primera tarea era formar una fuerte alianza terapéutica. Por eso mis preguntas y comentarios se centraron primariamente sobre los aspectos del sueño que se relacionaban con el compromiso y la seguridad de la situación terapéutica. Hice preguntas tales como: ¿Qué piensa sobre hacerle un juicio a su padre? Me pregunto si tendrá que ver con que usted me haya hablado de él en nuestra primera sesión. ¿Siente que es peligroso expresarse libremente en este lugar? ¿Y sobre su sensación de que la corte era abierta y estaba repleta de gente? Me pregunto si le preocupará o si tendrá dudas sobre la privacidad y la confidencialidad de nuestros encuentros.

Note que no intenté interpretar el sueño. No indagué sobre muchos aspectos curiosos del mismo: su confusión de género, su vestimenta, la bata blanca del padre, el cargo por violación. Los identifiqué y los almacené. Tal vez vuelva a esas imágenes oníricas en las sesiones futuras, pero en las primeras épocas de la terapia tengo otras prioridades. Debo ocuparme del marco de la terapia: confianza, seguridad y confidencialidad.

Otro paciente tuvo este sueño la noche después de nuestra primera sesión:

> —Entré en una gran tienda para comprar todo lo necesario para un viaje, pero me faltaban cosas. Estaban abajo en el sótano y empecé a bajar la escalera, que era oscura y estaba desvencijada. Daba miedo. Vi una lagartija. Eso me calmó: me gustan las lagartijas, son duras y no cambiaron durante los últimos cien millones de años. Después subo y busco mi auto, que tenía los colores del arco iris, pero no estaba, tal vez me lo habían robado. Entonces vi a mi mujer en el estacionamiento, pero yo tenía los brazos demasiado llenos de paquetes y estaba demasiado apurado como para ir hasta ella o lo que sea salvo para hacerle un gesto. Mis padres también

estaban ahí pero eran pigmeos y estaban tratando de hacer una fogata para acampar en el estacionamiento.

El paciente, un hombre de cuarenta años, rígido y nada introspectivo, hacía tiempo que se resistía a la terapia y había estado de acuerdo en consultarme sólo porque su esposa había amenazado con dejarlo si no cambiaba. Su sueño estaba obviamente influido por el comienzo de la terapia que a menudo aparece en sueños como un viaje. Se siente que no se está preparado para la aventura de la terapia porque las cosas que necesita están en el sótano (es decir en las profundidades de él mismo, en su inconsciente), pero es difícil y da miedo (la escalera está oscura, lo asusta y está desvencijada). Además, se resiste a la aventura: admira a las lagartijas, que no han cambiado en cien millones de años. O quizá sea ambivalente con respecto a cambiar: su auto está pintado de una manera atrevida con los colores del arco iris pero no puede encontrarlo.

¿Cuál es mi tarea en las primeras sesiones? Ayudarlo a entrar en la terapia y ayudarlo a superar su resistencia a ella. Por eso, me concentro sólo en aquellos componentes del sueño que tratan del inicio de la terapia: el símbolo del viaje, su sensación de no estar preparado y de sentirse raro, la escalera oscura y desvencijada, el descenso, la lagartija. Específicamente no indagué sobre otros aspectos del sueño: su esposa y sus dificultades para comunicarse con ella y sus padres, quienes, transformados en pigmeos, encendían una fogata en el estacionamiento. No es que estos aspectos no fueran importantes —en sesiones ulteriores pasaríamos mucho tiempo explorando su relación con su mujer y sus padres—, pero en la segunda sesión de la terapia había otros temas que tenían precedencia.

Este sueño, incidentalmente, ilustra un aspecto importante para la comprensión del fenómeno que Freud describió en *La interpretación de los sueños*. Noté que el sue-

ño trataba de varias ideas abstractas: empezar psicoterapia, temor a explorar el propio inconsciente, sensaciones de inadecuación e incertidumbre sobre si cambiar o no. No obstante los sueños (aparte de alguna experiencia auditiva ocasional) son fenómenos visuales y la agencia de la mente que fabrica los sueños debe encontrar una manera de transformar las ideas abstractas en una forma visual (un viaje, la escalera oscura y desvencijada que baja hasta el sótano, una lagartija, un auto pintado con los colores del arco iris).

Otro ejemplo clínico. Un hombre de cuarenta y cinco años que había estado tremendamente acongojado durante cuatro años por la muerte de su esposa, era un soñador prolífico y en cada sesión relataba sueños largos, complejos y cautivantes. Era necesario hacer una selección: el tiempo no permitía investigar todos los sueños y tenía que elegir aquellos que pudiesen facilitarnos trabajar su dolor crónico y patológico. Consideremos estos sueños:

—Estaba en mi casa de verano y mi esposa estaba ahí, una mera presencia en el fondo. La casa tenía un tipo de techo diferente, un techo de césped y de él crecía un ciprés alto: era un árbol hermoso, pero ponía en peligro la casa y yo tenía que cortarlo.

—Yo estaba en casa arreglando el techo, poniéndole una especie de adorno cuando sentí un gran terremoto y pude ver la silueta de la ciudad que se sacudía a la distancia y veía caer dos rascacielos gemelos.

Estos sueños obviamente estaban relacionados con su dolor: sus asociaciones de "césped" y de "adorno" se referían a la tumba y la lápida de su mujer. No es infrecuente

que la vida de uno aparezca representada en los sueños por una casa. La muerte de su esposa y su interminable dolor estaban encarnados por el ciprés que ponía en peligro toda la casa y que por consiguiente debía ser cortado. En el segundo sueño la muerte de su mujer estaba representada por el terremoto que derrumbaba los dos rascacielos gemelos: la pareja. (Incidentalmente este sueño ocurrió años antes del ataque terrorista al World Trade Center.) Nosotros habíamos estado trabajando sobre el tema de poder aceptar el hecho de que la situación de pareja en la que había vivido hasta ese momento ya no existía, que su esposa estaba realmente muerta y que tenía que soltarla, gradualmente desprenderse de ella y volver a empezar su vida. El refuerzo brindado por estos sueños sirvió a la terapia: representaron para él un mensaje, proveniente de una fuente de sabiduría interior, de que ya era tiempo de talar el árbol y dirigir su atención hacia los vivos.

A veces el sueño de un paciente contiene una imagen tan poderosa, tan sobredeterminada, con tantas capas de significados, que se aloja en mi mente y me remito a él una y otra vez a lo largo del curso total de la terapia.

Por ejemplo:

> —Estaba en el porche de mi casa mirando por la ventana a mi padre que estaba sentado en su escritorio. Entré y le pedí dinero para llenar el tanque de mi auto. Metió la mano en el bolsillo y mientras me daba un montón de billetes señaló mi cartera. La abrí y ya estaba repleta de dinero. Luego le dije que el tanque estaba vacío y fue hasta mi auto y señaló el medidor del tanque que marcaba LLENO.

El tema principal de este sueño era el vacío *versus* lo lleno. La paciente quería algo de su padre (y de mí, ya que el cuarto del sueño se asemejaba mucho a la configuración de

mi consultorio), pero ella no podía imaginar qué quería. Pedía dinero y combustible pero su cartera ya estaba repleta de dinero y el tanque estaba lleno. El sueño relataba su total sensación de vacío así como también su creencia de que yo tendría el poder de llenarla si ella simplemente descubría cuál era la pregunta que debía formular. De allí que persistiera en anhelar algo de mí —cumplidos, fascinación, tratamiento especial, regalos de cumpleaños— sabiendo todo el tiempo que estaba errada. Mi tarea en la terapia fue redirigir su atención: sacarla del lugar de estar esperando obtener cosas de los otros y dirigirla hacia su riqueza interior de recursos propios.

Otra paciente se soñó a sí misma como una jorobada y, estudiándose en el espejo, trataba de desprenderse de la tenaz joroba que al final se transformaba en un bebé que lloraba, con uñas largas con las que se le aferraba fuertemente a la espalda. La idea de que tenía en su interior a un bebé molesto e inoportuno moldeó en gran medida el futuro de su terapia.

Otra paciente, que se sentía atrapada porque debía cuidar de su madre anciana y demandante, soñó que su propio cuerpo se había transformado en una silla de ruedas.

Otro paciente, que entró en terapia con una amnesia sobre los hechos de los primeros diez años de su vida y con una notable falta de curiosidad por su pasado, soñó que caminaba a lo largo de la costa del Pacífico y que descubría un río que corría hacia atrás, alejándose del océano. Seguía el río y pronto llegaba hasta su padre muerto, un hombre harapiento y sin hogar que estaba parado frente a la entrada de una cueva. Un poco más adelante descubría a su abuelo en idénticas circunstancias. Este paciente se sentía perseguido por una angustia de muerte y la imagen del sueño de un río que corría hacia atrás sugería un intento de romper el inexorable fluir del tiempo: caminar hacia atrás a través del tiempo para descubrir a su padre y su abuelo

muertos todavía vivos. Se sentía muy avergonzado de las debilidades y de los fracasos de su familia y el sueño abrió un importante segmento de trabajo tanto sobre su vergüenza en relación con su pasado como su terror de recapitularlo.

Otro paciente había tenido una pesadilla horrenda:

—Mi hija y yo estábamos paseando cuando de repente ella empezó a hundirse. Había caído en arenas movedizas. Me apresuré a abrir mi mochila para sacar mi cámara pero no podía abrir el cierre y entonces ella se hundía y desaparecía. Era muy tarde, no había podido salvarla.

Un segundo sueño esa misma noche:

—Mi familia y yo estábamos atrapados en una casa y afuera había un viejo que había matado a otras personas. Cerrábamos unos pesados portones y luego yo salía a hablar con el asesino, que tenía una cara extrañamente familiar y estaba vestido como una especie de rey y le decía: "No quiero ofenderlo pero dadas las circunstancias tiene que comprender nuestra reticencia a dejarlo entrar".

El paciente estaba en un grupo de terapia y, poco antes, varios miembros lo habían confrontado y le habían dicho que funcionaba como la cámara del grupo, un observador que no se comprometía personalmente y que no exponía sus sentimientos. Incidentalmente, no es infrecuente que un segundo sueño la misma noche exprese la misma temática pero con un lenguaje de imágenes distinto. (Freud se refería a tales sueños como sueños compañeros.) En nuestro trabajo terapéutico nos concentramos, como en todos los otros ejemplos, en aquellas partes del sueño que se relacionaban con el estadio actual de la te-

rapia —en este caso la falta de compromiso y el afecto restringido— y no hicimos ningún intento de comprender el sueño en su totalidad.

Capítulo 80

Domine algunas técnicas para la navegación de los sueños

Está ampliamente demostrado que existe una cantidad de ayudas para trabajar con los sueños. Nunca dejo de indagar sobre los sueños en la primera sesión (por lo general dentro del contexto de la exploración de los patrones del dormir). Pregunto especialmente sobre sueños repetitivos, pesadillas u otro tipo de sueños importantes. Los sueños que se produjeron en las noches previas o recientes brindan asociaciones más productivas que los más antiguos.

Hacia el final de la primera sesión, mientas preparo al paciente para la terapia (véase capítulo 27), incluyo comentarios sobre la importancia de los sueños. Si el paciente afirma no soñar o no recordar sus sueños, le doy las instrucciones básicas: "Tenga una libreta al lado de la cama. Anote cualquier parte del sueño que recuerde a la mañana o durante la noche. A la mañana también repase mentalmente el sueño, incluso antes de abrir los ojos. Ignore la traicionera voz interior que le dice que no se moleste en escribirlo porque es tan vívido que no lo olvidará". Si uno insiste lo suficiente (a veces meses), hasta los pacientes más recalcitrantes empezarán a recordar sus sueños.

Aunque por lo general no tomo apuntes durante las sesiones (excepto en el primer par de encuentros), siempre escribo las descripciones de los sueños: por lo general son complejos y contienen muchos detalles pequeños pero cargados de significación. Además los sueños importantes pueden presentarse a discusión una y otra vez durante el cur-

so de la terapia y es útil tener un registro de ellos. (Algunos terapeutas suelen pedir a los pacientes que cuenten por segunda vez un sueño porque las discrepancias entre las dos descripciones pueden proveer pistas sobre puntos álgidos del sueño.) Yo he comprobado que pedir que lo relaten de nuevo en el presente lo trae de vuelta a la vida y suele sumergir otra vez al paciente en el sueño.

Por lo general mi primera pregunta se refiere al afecto. ¿Cuáles son los sentimientos que usted experimenta en las distintas partes del sueño? ¿Cuál es el núcleo emocional del sueño? Luego insto al paciente a que seleccione partes prometedoras del sueño y asocie libremente sobre su contenido. O puedo elegirlas yo para que ellos piensen lo que le sugieren. "Tómese unos minutos —les digo— y piense en (una determinada parte del sueño) dejando que su mente vague libremente. Piense en voz alta. Diga lo que le venga en mente. No censure, no descarte ningún pensamiento porque le parezca tonto o irrelevante".

Y por supuesto, indago sobre los acontecimientos relevantes del día anterior al sueño (el "resto diurno"). Siempre me ha resultado muy útil la formulación de Freud de que el sueño pide en préstamo a los restos diurnos ladrillos para el trabajo de construcción onírico pero, para que las imágenes sean lo suficientemente importantes como para ser incorporadas, deben estar reforzadas por cuestiones más antiguas, ser significativas y con una carga de afecto.

A veces es útil considerar que todos los personajes que aparecen en el sueño son aspectos del soñante. El terapeuta gestáltico Fritz Perls, quien ideó una serie de poderosas técnicas para trabajar con los sueños, consideraba que todo en el sueño representa algún aspecto del soñante y solía pedirle a éste que hablara por cada uno de los objetos del sueño. Recuerdo haberlo visto trabajar exitosamente con un hombre que había soñado que su auto era incapaz de arrancar porque tenía mal una bujía. Le pidió al soñador

que representara las distintas partes —el auto, la bujía, los pasajeros— y que hablara por cada una de ellas. La intervención arrojó luz sobre su postergación y su paralizante ambivalencia: no quería seguir adelante con su vida tal como él la había planteado, y Perls por su lado lo ayudó a explorar otros senderos aún sin recorrer y a oír otro llamado de la vida que jamás había oído.

Capítulo 81

Aprenda sobre la vida de los pacientes a partir de los sueños

Otro uso provechoso de los sueños tiene poco que ver con el inconsciente o el desentrañar la distorsión onírica o con descubrir su significado. El sueño es un tapiz extraordinariamente rico bordado con importantes recuerdos del pasado. El solo hecho de cosechar esos recuerdos es una tarea valiosa. Considere este sueño:

> —Estoy en un cuarto de hospital. La enfermera entra con una mesita con diarios viejos y un bebé con una cara rojiza y resplandeciente. ¿De quién es el bebé? Le pregunto. "Nadie lo quiere", me responde. Lo recojo y el pañal me chorrea todo sobre mí. Grito "¡No lo quiero, no lo quiero!".

Las asociaciones de la paciente con los dos puntos del sueño más cargados de emoción —el bebé de rostro rojizo y su grito— fueron ricas y profundamente informativas. Pensó en bebés rojizos y luego en bebés azules y amarillos. El bebé rojizo le hizo pensar en un aborto que había tenido cuando era una adolescente y en el enojo, el rechazo y la negativa de sus padres a hablarle, salvo para insistir en que consiguiera un trabajo para después de la salida de la escuela y así no seguir metiéndose en problemas. Después pensó en una chica que había conocido en cuarto grado que había sido una beba azul y a la que le habían practicado una cirugía cardíaca y que había desaparecido y nunca más había vuelto a la

escuela. Probablemente había muerto pero como la maestra nunca volvió a nombrarla, durante años le hacía estremecerse la idea de la muerte como una desaparición repentina y arbitraria que no dejaba ningún rastro. "Azul" también significaba depresión, y le hacía recordar las depresiones crónicas de sus hermanos más jóvenes. Nunca había querido tener hermanos y odiaba tener que compartir el cuarto con ellos. Y luego pensó en un "bebé amarillo" y se acordó de su hepatitis grave cuando tenía doce años y lo abandonada que se había sentido por sus amigas durante las semanas de hospitalización. Un bebé amarillo también le recordaba el nacimiento de su propio hijo y lo aterrada que estaba cuando vio que estaba ictérico al nacer.

La otra parte emocional del sueño —sus gritos de "No lo quiero"— tenía muchas implicaciones para ella: su marido que no quería que ella tuviera un hijo, su sentirse no querida por su madre, su padre sentado en su cama al lado de ella docenas de veces asegurándole que ella era una hija querida, su propio rechazo de los hermanos más chicos. Se acordaba de cuando a los diez años ella, una niña blanca, había entrado en una escuela del Bronx con mayoría de alumnos negros recientemente integrados y cómo se había sentido "no querida" y atacada por los otros chicos. Aunque la escuela era peligrosa, su padre, un abogado por los derechos civiles, apoyaba fuertemente la integración escolar y rechazaba transferirla a una escuela privada; otro ejemplo, pensó, de cómo ella y su bienestar no importaban para sus padres. Y, lo que fue más importante para nuestro trabajo, que ella sentía que yo no la quería; se sentía tan profundamente necesitada que tenía que ocultar ese hecho por miedo a que yo me hartara y decidiera dejar de tratarla.

De no haber sido por el sueño, muchos de estos recuerdos muy cargados emocionalmente quizá nunca habrían aflorado a la superficie en nuestra terapia. El sueño proveyó material para semanas de ricas discusiones,

Las personas que aparecen en los sueños muchas veces son personajes compuestos, no se parecen del todo a ninguna persona sino que tienen características de muchas personas diferentes. A menudo les pido a mis pacientes, si todavía tienen presente en el recuerdo el sueño y la persona, que se enfoquen en el rostro y que asocien libremente. O puedo sugerirles que cierren los ojos y que permitan que el rostro se transforme en otros rostros y que me describan lo que ven. De esta manera me he enterado con frecuencia de muchas personas desaparecidas —tíos, tías, grandes amigos, ex amantes, maestras— que han jugado un rol importante pero olvidado en la vida de los pacientes.

A veces es útil reaccionar espontáneamente, expresar algunas de las propias asociaciones libres al sueño. Por supuesto que esto puede sesgar un poco el trabajo puesto que son las asociaciones del paciente, no las del terapeuta, las que conducen a una visión más verdadera del sueño, pero dado que lo que me importa es hacer avanzar el trabajo —no alguna interpretación ilusoriamente genuina del sueño— eso no me preocupa. Considere por ejemplo el siguiente sueño:

> —Estoy en su consultorio pero es mucho más grande y nuestras sillas parecen grandes y muy lejanas una de la otra. Trato de acercarme pero en vez de caminar ruedo por el piso hasta usted. Entonces usted también se sienta en el suelo y seguimos hablando mientras me toma de los pies. Yo le digo que no me gusta que me huela los pies. Entonces usted pone mis pies contra sus mejillas. Eso me agrada.

La paciente pudo hacer muy poco con este sueño. Le pregunté sobre el hecho de que yo le oliera los pies y describió sus temores a que yo viera su lado más oscuro y desagradable y la rechazara. Pero el resto del sueño le pare-

cía misterioso y opaco. Luego expresé mi reacción: "Margaret, éste parece un sueño de niña —el cuarto grande y los muebles, usted rodando por el piso hasta mí, los dos sentados sobre el piso, que yo le huela los pies, que los ponga contra mis mejillas—, todo el ambiente del sueño me hace sentir que refiere al punto de vista de una niña muy pequeña".

Mis comentarios tocaron alguna cuerda extraña e importante porque de camino a su casa después de la sesión, se sintió inundada por un montón de recuerdos de cuando ella y su madre solían masajearse los pies entre sí mientras tenían largas charlas íntimas. Ella había tenido una relación muy problemática con su madre y durante meses de terapia había sostenido la posición de que su madre había sido implacablemente distante y que habían compartido pocos momentos de intimidad física. El sueño nos dijo otra cosa y nos introdujo en la siguiente etapa de la terapia en la que ella reformuló su pasado y las imágenes de sus padres se le aparecieron con matices muchos más humanos y suaves.

Otro sueño que anunció o nos introdujo en una nueva fase de la terapia fue relatado por un paciente que sufría una amnesia de gran parte de su infancia y era curiosamente poco curioso de su pasado.

> —Mi padre todavía estaba vivo. Yo estaba en su casa y estaba mirando en unos sobres y cuadernos viejos que se suponía que no debía abrir hasta que él estuviera muerto. Pero entonces noté una luz verde que se encendía y se apagaba y que podía ver a través de uno de los sobres sellados. Era como la luz de mi teléfono celular titilando.

El despertar de la curiosidad del paciente y el llamado de su ser interior (la luz verde que titila) induciéndolo a que

vuelva la mirada hacia su relación con el padre resultan fácilmente visibles en este sueño.

Un último ejemplo de un sueño que abrió nuevas vías para la terapia:

> —Me estaba vistiendo para una boda pero no podía encontrar mi vestido. Me habían dado un montón de madera para que construyera el altar para la boda pero no tenía idea de cómo hacerlo. Luego mi madre me estaba haciendo unas trencitas africanas. Después estábamos sentadas sobre un sofá y su cabeza estaba muy cerca de mi cara y podía sentir su pelo y luego ella desaparecía y yo me quedaba sola.

La paciente no tuvo ninguna asociación significativa sobre este sueño —especialmente de la extraña imagen de las trencitas africanas (de las que no tenía ninguna experiencia personal)— hasta la noche siguiente, cuando, mientras estaba acostada en la cama y a punto de dormirse, de repente recordó que Martha, alguien a quien había olvidado hacía mucho tiempo pero que había sido su mejor amiga durante los tres primeros grados de la escuela, tenía ese tipo de trenzas. Relató un episodio de tercer grado de un día en que su maestra la recompensó por su buen trabajo en clase otorgándole el privilegio de colgar en el aula las decoraciones para Halloween, permitiéndole que eligiera a otra alumna para que la ayudase. Pensando que sería bueno ampliar el círculo de amistades, eligió a otra chica en vez de Martha.

—Martha nunca volvió a hablarme —dijo con tristeza—, y ésa fue la última mejor amiga que tuve en toda mi vida.

Luego pasó a contarme la historia de su larguísima soledad y de todas las relaciones íntimas potenciales que de algún modo había saboteado. Otra asociación (de la imagen de la cabeza cerca de ella) fue la de su maestra de cuarto grado

poniendo su cabeza muy cerca de la de ella, como si fuese a murmurarle algo pero preguntándole en cambio, con un feo siseo, "¿Por qué hiciste eso?" Los pelos le recordaban mi barba y el temor de permitir que me acercara demasiado a ella. La reconexión de la paciente con el sueño durante la noche siguiente es un ejemplo de recuerdos asociados a un estado emocional, un fenómeno no poco común.

Capítulo 82

Preste atención al primer sueño

Desde el trabajo de Freud de 1911 sobre el primer sueño en el análisis, los terapeutas han tenido un respeto particular por el primer sueño del paciente al iniciar la terapia. El sueño inicial, creía Freud, es con frecuencia un documento valiosísimo que ofrece una visión excepcionalmente reveladora de los problemas centrales porque el tejedor de sueños dentro del inconsciente del paciente todavía es ingenuo y tiene la guardia baja. (Sólo por razones retóricas, Freud a veces hablaba de la agencia de la mente que elabora los sueños como si fuese un homúnculo independiente.) Más adelante en la terapia, cuando las habilidades para interpretar sueños del terapeuta se hacen evidentes, nuestros sueños se vuelven más complejos y confusos.

Recuerde la presciencia de los dos primeros sueños en el capítulo 79. En el primero, una mujer fiscal procesaba a su padre por violación. En el segundo un hombre que emprendía un largo viaje compraba las provisiones en una gran tienda en la que debía descender una escalera oscura. A continuación siguen otros más.

Una paciente cuyo esposo estaba muriendo a causa de un tumor cerebral tuvo este sueño la noche anterior a su primera sesión:

—Sigo siendo una cirujana pero también soy una estudiante de inglés. Debo preparar dos textos para un curso, uno antiguo y uno moderno, los dos con el mismo nombre. No estoy preparada para el seminario porque no leí

ninguno de los dos. Sobre todo no leí el primer texto, el viejo, que me habría preparado para el segundo.

Cuando le pregunté si sabía el nombre de los textos, contestó: "Oh, sí, lo recuerdo con toda claridad. Los dos libros, el viejo y el nuevo, se llamaban *La muerte de la inocencia*.

Este sueño extremadamente anticipatorio prefiguró gran parte de nuestro trabajo futuro. ¿El texto antiguo y el moderno? Ella sabía con total certeza lo que representaban. El texto antiguo era la muerte de su hermano en un accidente de tránsito veinte años antes. La futura muerte de su esposo era el texto moderno. El sueño nos dijo que no íbamos a poder tratar la muerte de su esposo hasta que no aceptara la pérdida de su hermano, una pérdida que la había marcado de por vida, que había destrozado todos sus jóvenes mitos inocentes sobre la divina providencia, la seguridad del hogar, la presencia de la justicia en el universo, el sentido del orden que dictaba que los viejos muriesen antes que los jóvenes.

Los primeros sueños a menudo expresan las expectativas o temores de los pacientes sobre la futura terapia. Mi primer sueño en el análisis todavía está fresco en mi mente después de cuarenta años:

> —Estoy recostado en la camilla para exámenes de un doctor. La sábana es demasiado pequeña para cubrirme del todo. Veo a una enfermera que está clavando una aguja en mi pierna, en la espinilla. De pronto se oye como una explosión siseante y gorgojeante.

El sentido de la parte central del sueño —el fuerte sonido— me resultó de inmediato claro. De chico padecía de sinusitis crónica y todos los inviernos mi madre me llevaba a lo del doctor Davis para un drenaje y una limpieza de las fosas nasales. Detestaba sus dientes amarillos y ese ojo de

pescado que me espiaba por el centro del espejito circular unido a la vincha que solían usar los otorrinolaringólogos. Recordaba esas visitas en las que el doctor me insertaba una canícula en el orificio de la fosa, el dolor agudo y luego oír ese ruido ensordecedor cuando la salina inyectada salía fluyendo fuera de la fosa. Me acuerdo de mí mismo observando los contenidos desagradables y trémulos sobre la fuente de drenaje semicircular de cromo y pensando que había perdido parte del cerebro junto con el pus y el moco.

Todos mis temores ante la terapia estaban expresados en ese sueño: el quedar expuesto (la sábana demasiado pequeña) y el ser dolorosamente penetrado (la introducción de la aguja), el perder la mente, que me lavaran el cerebro, y el padecer una dolorosa herida en una parte del cuerpo larga y firme (representada por la espinilla).

Una paciente soñó la noche anterior a su primera sesión que yo iba a romper todas las ventanas de su casa y le iba a inyectar anestesia en el corazón. Nuestra charla sobre la inyección de anestesia en el corazón reveló que, aunque ella era una científica muy exitosa, sentía una gran tentación de largar su carrera y convertirse en pintora. Tenía miedo de que la terapia adormeciera su corazón de artista y la forzara a continuar con su trayectoria de vida más racional y aburrida.

Estos sueños nos recuerdan que los malentendidos con respecto a la terapia son profundos y tenaces. No se deje engañar por las apariencias. Asuma que los pacientes nuevos sienten miedo y confusión ante la terapia y asegúrese de preparar a cada uno de ellos para el trabajo que les aguarda.

Capítulo 83

Preste especial atención a los sueños sobre el terapeuta

De todos los sueños que ofrecen los pacientes creo que no hay ninguno tan valioso para el trabajo terapéutico como los sueños que involucran al terapeuta (o a algún sustituto de éste). Estos sueños poseen un gran potencial para posibles aportes y, como lo demuestran los siguientes ejemplos, merecen ser cosechados cuidadosamente.

Un paciente soñó lo siguiente:

—Estoy en su oficina y usted me dice: "Usted es un bicho raro. Nunca vi a nadie como usted".

Como de costumbre indagué sobre el tono del sentimiento del sueño. "Cálido y amistoso", respondió. Este paciente, que tenía una serie de extrañas prácticas rituales obsesivo-compulsivas, como es típico, subestimaba muchas de sus virtudes: su inteligencia, vastos conocimientos e intereses, su dedicación a una vida de servicio. Se había convencido a sí mismo de que sólo me interesaría en su excentricidad, muy a la manera en que podría llamarme la atención un monstruo en un espectáculo de circo. El sueño nos llevó al área importante de su antiquísima práctica de cultivar la peculiaridad como un modo de interactuar con los otros. Muy pronto el sendero nos condujo hacia su autodesprecio y a sus temores de que los otros lo rechazaran por su vacuidad, su superficialidad y sus fantasías sádicas.

Un sueño de otra paciente:

—Usted y yo estamos haciendo el amor en mi aula de sexto grado. Yo estoy desnuda pero usted todavía tiene puesta la ropa. Le pregunto si le resultó satisfactorio.

Un maestro de la primaria había abusado sexualmente de esta paciente y se había puesto muy molesta al hablar del tema en las últimas sesiones. Nuestro trabajo sobre el sueño dio lugar a una serie de temas delicados. Ella se había sentido estimulada sexualmente por nuestra charla íntima sobre sexo. "Hablar de sexo con usted es un poco como tener sexo con usted", dijo y sospechó que yo también me había sentido estimulado y había estado extrayendo un placer voyeurístico de sus revelaciones. Habló de su incomodidad con la desigualdad de la apertura: en las sesiones ella se desnudaba, mientras que yo seguía vestido. La pregunta que aparecía en el sueño de si yo estaba sexualmente satisfecho reflejaba su temor de que lo único que ella tenía para dar era sexo y de que yo la abandonaría si dejaba de proveérmelo.

Otro sueño:

—Yo estaba en una casa con diferentes niveles. Había una niña de diez años que estaba tratando de romperla y yo la echaba. Luego veo un camión amarillo Goodwill que se acerca y que choca una y otra vez contra los cimientos de mi cuarto. Oigo las palabras: "La mano que ayuda ataca de nuevo".

Mi rol en este sueño como el camión Goodwill que amenaza con destruir los cimientos de la casa es inconfundible. Pero por si uno lo pasa por alto, el sueño agrega "La mano que ayuda ataca de nuevo". La paciente, una mujer reprimida y muy constreñida, provenía de una familia alcohólica muy obsesionada con no revelar sus secretos a la comu-

nidad. El sueño expresaba su temor a exponerse así como también una admonición hacia mí para que fuera amable y cuidadoso.

Otro ejemplo clínico. Hacia el final de la terapia una paciente soñó lo siguiente:

> —Asistíamos juntos a una conferencia en un hotel. En un determinado momento usted sugiere que yo consiga un cuarto contiguo al suyo para que podamos dormir juntos. De modo que voy a la conserjería del hotel y pido que me cambien de habitación. Después, al rato, usted cambia de opinión y me dice que no es una buena idea después de todo. De modo que vuelvo a la conserjería para cancelar el cambio. Pero ya es demasiado tarde; todas mis cosas han sido mudadas a la nueva habitación. Pero después resulta que la nueva habitación es mucho más linda: más grande, más alta, con una mejor vista. Y, numerológicamente, el cuarto, el 929, es mucho más propicio.

Este sueño apareció mientras la paciente y yo empezábamos a hablar del final de la terapia. El sueño expresaba su opinión de que al principio yo la había seducido (o sea la imagen del sueño en la que yo le sugería que ella y yo tuviésemos habitaciones contiguas para así poder dormir juntos) y que ella había respondido acercándose a mí (ella cambiaba de habitación) pero luego, cuando yo cambiaba de opinión sobre acostarme con ella, no podía conseguir de nuevo su antigua habitación, es decir, había sufrido un cambio irreversible. Además, el cambio era para mejor: la nueva habitación era superior y con saludables implicaciones numerológicas. Esta paciente era un mujer excepcionalmente hermosa que exudaba sexualidad y en el pasado

siempre se había relacionado con todos los hombres a través de alguna forma explícita o sublimada de sexualidad. El sueño sugiere que la energía sexual entre nosotros pudo haber sido esencial para que el lazo terapéutico se forjara y que, una vez establecido, facilitara cambios irreversibles.

Otro ejemplo clínico:

> —Estoy en su consultorio. Veo a una hermosa mujer de ojos oscuros con una rosa roja en el cabello reclinada sobre el sofá. Al acercarme, me doy cuenta de que la mujer no es lo que parecía: el sofá en el que está es en realidad un ataúd, sus ojos son oscuros pero no de belleza, sino de muerte y su rosa carmín no es una rosa sino una herida sangrienta y mortal.

Esta paciente (descrita en detalle en *Mamá y el sentido de la vida*) a menudo había expresado su reticencia a verme como una persona real. En nuestras charlas acerca del sueño ella dijo: "Yo sé que soy esa mujer y cualquiera que se me acerque será llevado *ipso facto* a la muerte: otra razón para mantenerlo alejado, otra razón para que no se acerque demasiado".

El sueño nos introdujo en el tema de sentir que estaba maldita: tantos hombres que había amado habían muerto que ella creía que llevaba la muerte consigo. Ésa era la razón por la que rehusaba a que yo me materializara como persona: me quería fuera de tiempo, sin una vida narrable que consistiera en una trayectoria con un principio y, por supuesto, sobre todo, un final.

Mis cuadernos están repletos de numerosos ejemplos de mi aparición en los sueños de mis pacientes. Otro paciente soñó que orinaba arriba de mi reloj, otro que vagaba por mi casa, que se encontraba con mi mujer y que se volvía parte de mi familia. A medida que voy envejeciendo, los pacientes empiezan a soñar con mi ausencia o mi desaparición.

En la introducción cité un sueño de un paciente que al entrar en mi consultorio desierto sólo encontraba una sombrerera con mi panamá cubierto de telarañas. Otro entró en mi consultorio y encontró a un bibliotecario sentado a mi escritorio, quien le informaba que habían transformado mi consultorio en una biblioteca-museo. Todo terapeuta puede citar muchos otros ejemplos.

Capítulo 84

Cuídese de los gajes del oficio

El agradable entorno de la práctica psicoterapéutica —cómodos sillones, muebles elegantes, palabras amables, el compromiso de compartir intimidades en un clima cálido— con frecuencia no deja ver los gajes de este oficio. La psicoterapia es una vocación muy exigente y todo terapeuta exitoso debe poder tolerar el aislamiento, la ansiedad y la frustración inevitables en este trabajo.

Qué paradoja que los psicoterapeutas, que tanto empeño ponen en que sus pacientes logren entablar relaciones íntimas en su vida, deban experimentar el aislamiento como uno de los principales gajes de su oficio. Y no obstante, por lo general, los terapeutas son criaturas solitarias que pasan todo el día enclaustrados en sesiones con una sola persona y rara vez ven a colegas, a menos que especialmente hagan el tremendo esfuerzo de realizar actividades grupales. Sí, por supuesto que las sesiones con una sola persona están impregnadas de intimidad, pero es una clase de intimidad que como apoyo en la vida resulta insuficiente, una intimidad que no provee el alimento y la renovación que emanan de las profundas relaciones de amor con los amigos y la familia. Una cosa es ser para el otro y otra muy distinta es ser en una relación que es igual para ambas partes.

Es muy común que los terapeutas descuidemos nuestras relaciones personales. Nuestro trabajo se vuelve nuestra vida. Al final del día, habiendo dado tanto de nosotros mismos, sentimos que se agotó nuestro deseo de relacionarnos. Además, los pacientes son tan agradecidos, nos adoran

y nos idealizan tanto, que los terapeutas corremos el riesgo de volvernos menos apreciativos de los miembros de la familia y de los amigos, que no reconocen nuestra omnisciencia y excelencia en todas las cuestiones.

La visión del mundo de un terapeuta en sí misma produce aislamiento. Los terapeutas con una cierta experiencia ven las relaciones de una manera diferente, a veces pierden la paciencia con los rituales sociales y la burocracia, no soportan los encuentros superficiales y fugaces y la charlas banales de las reuniones sociales. Mientras viajan, algunos terapeutas evitan el contacto con los demás u ocultan su profesión porque no les agradan las respuestas distorsionadas que reciben de la gente. Están cansados no sólo de ser irracionalmente temidos o subestimados sino de ser sobrestimados y de que se los considere capaces de leer los pensamientos o de tener soluciones para los más variados problemas.

Aunque los terapeutas ya deberían estar inmunizados contra las idealizaciones o las subestimaciones que enfrentan día a día, rara vez lo están. Por el contrario, a menudo experimentan inquietantes oleadas de inseguridad o grandiosidad. Los terapeutas deben estudiar cuidadosamente estos cambios en la autoconfianza, de hecho todo cambio de los estados internos, de modo que no interfieran con su trabajo. Las experiencias de vida disruptivas que sufran los terapeutas —tensiones en las relaciones, nacimientos, dificultades en la crianza de los hijos, fallecimientos, desacuerdos maritales y divorcios, reveses imprevistos, calamidades de la vida, enfermedades—, todas pueden incrementar de forma dramática el esfuerzo y la dificultad del trabajo terapéutico.

Todos estos gajes del oficio están muy influidos por el propio programa de trabajo. Los terapeutas que están bajo presiones financieras personales y programan hasta cuarenta y cincuenta horas de trabajo por semana corren mu-

cho más riesgo. Personalmente siempre he considerado a la psicoterapia más una vocación que una profesión. Si la motivación primera de uno es acumular riqueza en vez del servicio, entonces la carrera de psicoterapeuta no es una buena elección.

La desmoralización del terapeuta está relacionada también con el tipo de práctica. La sobreespecialización, especialmente en áreas clínicas muy cargadas de dolor y desolación —por ejemplo, trabajar con casos terminales o con gente con deterioros crónicos o con psicóticos—, deja al terapeuta en un gran riesgo; creo que el equilibrio y la diversidad de la propia práctica contribuyen ampliamente a lograr una sensación de renovación.

Anteriormente, cuando hablé sobre la transgresión de la abstinencia sexual dentro de la relación terapéutica, señalé la similitud de la relación paciente-terapeuta con cualquier relación de poder que pudiese dar lugar a la explotación. Pero existe una diferencia esencial que es inherente a la intensidad de la empresa terapéutica. El lazo terapéutico puede volverse tan fuerte —se revela tanto, se pide tanto, se da tanto, se comprende tanto— que no es raro que de él nazca el amor, no sólo desde el paciente sino también desde el terapeuta, quien debe mantenerlo en el reino de la *caritas* y evitar que se deslice hacia el *eros*.

De todos los sinsabores en la vida del psicoterapeuta hay dos que son particularmente catastróficos: el suicidio de un paciente y un juicio por mala praxis.

Si trabajamos con pacientes perturbados, siempre tendremos que vivir con la posibilidad de un suicidio. Aproximadamente el 50% de los terapeutas veteranos han enfrentado un suicidio, o un intento grave de suicidio de un paciente actual o pasado. Incluso los terapeutas más maduros y experimentados se verán atormentados por el impacto, la tristeza, la culpa, sentimientos de incompetencia y enojo con el paciente.

Emociones igualmente penosas experimentará el terapeuta que deba enfrentar un juicio por mala praxis. En el mundo litigioso de hoy en día, la competencia y la integridad no son una protección para el terapeuta: casi todos los terapeutas competentes que conozco han estado expuestos, por lo menos una vez, a un juicio o una amenaza de juicio. Los terapeutas se sienten profundamente traicionados por la experiencia del litigio. Después de dedicarse a una vida de servicio, esforzándose siempre por potenciar el crecimiento de sus pacientes, se sienten profundamente golpeados y a veces transformados de manera irreversible por la experiencia de un juicio. Un pensamiento nuevo y desagradable les pasa por la mente cuando realizan una evaluación inicial: ¿Esta persona me demandará? Personalmente conozco terapeutas que se desmoralizaron tanto por un juicio de mala praxis que decidieron retirarse antes de tiempo.

Hace sesenta años, Freud recomendó a los terapeutas que volvieran a hacer cada cinco años un análisis personal debido a la exposición frecuente a un material reprimido primitivo, que él equiparaba a una peligrosa exposición a los rayos X. Comparta uno o no su preocupación de que las demandas instintivas reprimidas del terapeuta puedan despertar, es difícil no estar de acuerdo con la creencia de que el trabajo interior del terapeuta debe continuar a perpetuidad.

Personalmente un grupo de apoyo de psicoterapeutas me ha resultado un poderoso baluarte contra muchos de estos gajes. Desde hace cinco años asisto a un grupo sin coordinador compuesto por once terapeutas varones de aproximadamente la misma edad y experiencia que se reúne durante noventa minutos cada quince días. Pero ninguna de estas propiedades del grupo es esencial: por ejemplo durante años coordiné un exitoso grupo de terapia semanal para psicoterapeutas de ambos sexos y edades variadas. Lo esencial es que el grupo ofrezca una arena segura y confiable para compartir las tensiones de la vida personal y pro-

fesional. Tampoco importa cómo se llame el grupo, es decir, si es un "grupo de terapia" o un "grupo de apoyo"(que resulta terapéutico para los miembros).

Si no hay ninguna incompatibilidad interpersonal entre los miembros, un grupo de clínicos experimentados no necesita coordinador. De hecho, la ausencia de un coordinador tal vez posibilite que los miembros ejerciten aún más sus ya afinadas habilidades. Un grupo de terapeutas menos experimentados, por otro lado, quizá se beneficie con un coordinador experimentado que sirva tanto de facilitador como de mentor. Formar un grupo de apoyo es más fácil de lo que uno cree. Lo único que se requiere es la decisión de una o dos personas que hagan una lista de colegas compatibles, que los contacten y arreglen el lugar y la hora de una primera reunión de planificación.

En mi opinión, los grupos son un poderoso vehículo para la generación de apoyo y cambio personal. Junte eso con las capacidades y los recursos inherentes a un grupo de clínicos experimentados y le resultará obvio por qué insisto con tanta pasión en que los terapeutas aprovechen esta oportunidad.

Capítulo 85

Cuide los privilegios de su profesión

Rara vez oigo a mis colegas terapeutas quejarse de que sus vidas carecen de sentido. La vida de un terapeuta es una vida de servicio en la que diariamente trascendemos nuestros deseos personales y volvemos la atención hacia las necesidades y el crecimiento del otro. Gozamos no sólo con el crecimiento de nuestros pacientes sino con su efecto de onda: la influencia saludable que tienen nuestros pacientes sobre aquellos con quienes están en contacto.

Hay un privilegio extraordinario en esto. Y una satisfacción extraordinaria también.

En la discusión precedente sobre los gajes del oficio describí el autoescrutinio y el trabajo interior arduo e interminable que exige nuestra profesión. Pero todo ese requerimiento es mucho más un privilegio que una carga porque es una salvaguarda natural contra el estancamiento. El terapeuta activo siempre está evolucionando, creciendo continuamente en autoconocimiento y conciencia. ¿Cómo podría uno guiar a los otros en un examen de las estructuras profundas de la mente y la existencia sin examinarse simultáneamente uno mismo? No es posible pedirle a un paciente que se centre en la relación interpersonal sin examinar los propios modos de relacionarse. Recibo mucha retroalimentación de mis pacientes (de que soy, por ejemplo, reservado, distante, juzgador, frío y altivo) que debo tomar con toda seriedad. Me pregunto a mí mismo si concuerda con mi experiencia interna y si otros me han hecho retroalimentaciones similares. Si concluyo que es exacta e ilumina mis

puntos ciegos, me siento agradecido y se lo digo a mis pacientes. No hacerlo o negar la veracidad de una observación atinada es socavar la visión que el paciente tiene de la realidad y dedicarse no a la terapia sino a la antiterapia.

Somos "cobijadores" de secretos. Todos los días los pacientes nos honran con sus secretos, con frecuencia nunca antes compartidos. Recibir tales secretos es un privilegio dado a muy pocos. Los secretos proveen una visión de los entretelones de la condición humana, sin adornos sociales, sin roles ni fanfarronadas ni poses. A veces los secretos me queman y vuelvo a casa, abrazo a mi mujer y doy gracias por todo lo que tengo. Otros secretos palpitan conmigo y despiertan mis propios recuerdos fugitivos, hace mucho tiempo olvidados, y mi propios impulsos. Otros también me entristecen al hacerme testigo de cómo toda una vida puede consumirse innecesariamente por la vergüenza y la incapacidad de perdonarse.

A quienes cobijamos secretos se nos otorga una lente clarificadora a través de la cual ver el mundo: una visión con menos distorsión, negación e ilusión, una visión de cómo son realmente las cosas. (Note a este respecto los títulos de los libros escritos por Allen Wheelis, un eminente psicoanalista: *Cómo son las cosas, El esquema de las cosas, El hombre sin ilusiones*.)

Cuando me vuelvo hacia los otros con el conocimiento de que a todos (terapeutas y pacientes por igual) nos atormentan dolorosos recuerdos —la culpa por los actos cometidos, la vergüenza por las acciones omitidas, el deseo de ser amado y cuidado, las profundas vulnerabilidades, las inseguridades y los temores—, me acerco más a ellos. Con el tiempo el hecho de cobijar secretos me ha vuelto más amable y más comprensivo. Cuando me encuentro con individuos henchidos por la vanidad y la importancia que atribuyen a su propia persona, o distraídos por cualquiera de las miles y miles de pasiones devoradoras, intuyo el dolor de

sus secretos ocultos y siento no una condena sino compasión y por sobre todo conexión. Cuando estuve expuesto por primera vez, en un retiro budista, a una meditación formal de la amable bondad, me sentí muy a gusto. Creo que muchos terapeutas, más de los que en general se cree, están familiarizados con el reino de la amable bondad.

Nuestro trabajo no sólo nos brinda la oportunidad de trascendernos, de evolucionar y crecer y de ser bendecidos con una claridad de visión para el conocimiento verdadero y trágico de la condición humana, sino que también nos ofrece algo más.

Nos desafía intelectualmente. Nos volvemos exploradores inmersos en la búsqueda más grandiosa y compleja: el desarrollo y el mantenimiento de la mente humana. Mano a mano con los pacientes, saboreamos el placer de los grandes descubrimientos: la experiencia del "¡ajá!" cuando fragmentos mentales dispares de repente se juntan y cobran coherencia. En otros momentos somos las parteras que asistimos al nacimiento de algo nuevo, liberador y edificante. Observamos a nuestros pacientes soltar viejos patrones autodestructivos, desprenderse de antiguos pesares, desarrollar el celo por la vida, aprender a amarnos y, a través de ese acto, volverse con su amor hacia los otros. Es una alegría ver a los otros abrir las llaves de las propias fuentes de sabiduría. A veces me siento como un guía que escolta a los pacientes a través de las habitaciones de sus propias casas. Qué maravilloso es observarlos abrir las puertas de habitaciones en las que jamás nadie entró, descubrir nuevas alas en sus casas que contienen partes de sus vidas en exilio, partes hermosas, sabias y creativas de sus propias identidades. A veces el primer paso de ese proceso se realiza trabajando un sueño y el paciente y el terapeuta se maravillan de que emerjan desde la oscuridad ingeniosas construcciones y luminosas imágenes. Supongo que los profesores de escritura creativa deben de tener experiencias similares.

Por último, siempre me ha parecido un extraordinario privilegio pertenecer al venerable y honorable gremio de los sanadores. Los terapeutas somos parte de una tradición que se remonta no sólo a nuestros ancestros psicoterapeutas inmediatos, empezando con Freud y Jung y todos *sus* ancestros —Nietzsche, Schopenhauer, Kierkegaard— sino también a Jesús, a Buda, Platón, Sócrates, Galeno, Hipócrates y todos los otros grandes líderes religiosos, filósofos y médicos que desde el principio de los tiempos se han ocupado de la desesperación de los seres humanos.

p. 94: Freud, Sigmund, *Estudios sobre la histeria*, en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, varias ediciones.
p. 97: Yalom, Irvin, "Group therapy and alcoholism", *Annals of the New York Academy of Sciences* 233, 1994.
p. 99: Yalom, Bloch, Brown, "The written summary as a group psicotherapy technique", *Archives of General Psychiatry* 32, 1975.
p. 100: Ferenczi, Sándor, *Diario clínico*, 1988, Conjetural.
p. 100: Yalom, Irvin, *Desde el diván*, 1997, Emecé.
p. 107: Lomas, Peter, *True and false experience*, 1961, Penguin, New York.
p. 121: Nietzsche, Friedrich, *Así hablaba Zaratustra*, varias ediciones.
p. 123: Fierman, Louis ed., *Effective psycotherapy: The contributions of Helmut Kaiser*, 1995, Rhe Freee Press, New York.
p. 123: Yalom, Irvin, *El día que Nietzsche lloró*, 1995, Emecé.
p. 125: Sullivan, Harry Stack, *The psychiatric interview*, 1988, Norton, New York.
p. 129: Luft, J., *Group processes: An introduction to group dynamics*, 1966, National Press, Palo Alto, Calif.
p. 144: Yalom, I.; Liebermann, M., "Bereavement and heightened existential awareness", *Psychiatry*, 1992.
p. 147: Yalom, Irvin, *Existential Psychotherapy*, New York, Basic Book, 1980.
p. 164: Gardner, J., *Grendel*, 1989, Random House, New York.
p. 165: Heidegger, Martin, *El ser y el tiempo*, 1950, Fondo de Cultura, México.
p. 188: Nietzsche, Friedrich, *La gaya ciencia*, Alianza.
p. 188: Nietzsche, Friedrich, *La voluntad de poder*, Alianza.
p. 189: Ibíd.
p. 215: Yalom, Irvin, *Verdugo del amor*, 1998, Emecé.
p. 216: Nietzsche, Friedrich, Carta a Peter Gast del 4 de agosto de 1882.

p. 217: Nietzsche, Friedrich, *Más allá del bien y el mal*, Alianza.
p. 218: Fromm, Erich, *El arte de amar*, 1977, Paidós.
p. 221: Erikson, Erik, comunicación personal, 1970.
p. 224: Ruthellen, Josselson, *The space between us*, 1995, Sage, New York.
p. 230: Winnicott, D.W., "Hate in the counter-transference", *International Journal of Psychoanalysis*, 1949.
p. 233: Freud, Sigmund, *Estudios sobre la histeria*, en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, varias ediciones.
p. 237: Weston, Drew, y Morrison, Kate, "How empirically valid are EVPs? A critical apppraisal", *The Journal of Consultuing and Clinical Psychology*, en prensa.
p. 259: Freud, Sigmund, *La interpretación de los sueños*, en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, varias ediciones.
p. 259: Estos dos sueños están descriptos en *Mamá y el sentido de la vida*, 1999, Emecé.
p. 265: Yalom, Irvin, *Mamá y el sentido de la vida*, 1999, Emecé.
p. 270: Freud, Sigmund, *Análisis terminable e interminable*, en *Obras completas*, Biblioteca Nueva, varias ediciones.

Índice

Introducción 9
Agradecimientos 19

1 Quite los obstáculos al crecimiento 21
2 Evite el diagnóstico (*Excepto para las Compañías de Seguro*) 24
3 El terapeuta y el paciente como "compañeros de viaje" 26
4 Involucre al paciente 31
5 Brinde apoyo 33
6 Empatía: Mirando por la ventana del paciente 37
7 Enseñe la empatía 43
8 Permita que el paciente le importe 45
9 Reconozca sus errores 49
10 Cree una nueva terapia para cada paciente 51
11 El acto terapéutico, no la palabra terapéutica 55
12 Haga terapia usted también 58
13 El terapeuta tiene muchos pacientes; el paciente, un solo terapeuta 62
14 El "aquí y ahora": úselo, úselo, úselo 64
15 ¿Por qué usar el "aquí y ahora"? 65
16 La utilización del "aquí y ahora": Desarrolle grandes orejas de conejo 67
17 Busque los equivalentes del "aquí y ahora" 71
18 Trabajar mediante los temas del "aquí y ahora" 77
19 El "aquí y ahora" vigoriza la terapia 81
20 Utilice sus propios sentimientos como información 84

21 Sea cuidadoso al formular sus comentarios sobre el "aquí y ahora" 87
22 Todo resulta aprovechable para el "aquí y ahora" 88
23 Lleve un control del "aquí y ahora" en cada sesión 90
24 ¿Qué mentiras me ha dicho? 92
25 ¿Una pantalla en blanco? ¡Olvídese de eso! Sea real 93
26 Tres clases de apertura del terapeuta 101
27 El mecanismo de la terapia: Sea transparente 102
28 La revelación de los sentimientos del "aquí y ahora: Utilice la discreción 105
29 La revelación de la vida personal del terapeuta: Sea cauteloso 108
30 La revelación de su vida personal: Precauciones 112
31 La transparencia del terapeuta y la universalidad 115
32 Los pacientes se resistirán a su apertura 116
33 Evite la falsa cura 119
34 Sobre el llevar a los pacientes más allá de donde usted ha llegado 121
35 Sobre el recibir ayuda de su paciente 123
36 Fomente la apertura del paciente 126
37 La retroalimentación en la psicoterapia 129
38 Sea efectivo y amable al brindar la retroalimentación 132
39 Aumente la receptividad a la retroalimentación utilizando "partes" 135
40 La retroalimentación: Golpee cuando el hierro esté frío 137
41 Hable de la muerte 140
42 La muerte y la exaltación de la vida 142
43 Cómo hablar de la muerte 145

44 Hable sobre el sentido de la vida 149
45 La libertad 153
46 Ayudar a los pacientes a asumir la responsabilidad 155
47 Nunca (casi nunca) tome decisiones por el paciente 158
48 Decisiones, una *via regia* hacia los fundamentos de la existencia 162
49 Céntrese en la resistencia a tomar decisiones 164
50 Facilitar la conciencia a través del consejo 166
51 Facilitar las decisiones: Otros métodos 171
52 Conduzca la terapia como una sola sesión 174
53 Tome notas de cada sesión 176
54 Aliente al paciente a practicar una autosupervisión 177
55 Cuando su paciente llora 178
56 Dése tiempo entre sesiones 180
57 Exprese sus dilemas abiertamente 181
58 Visite a sus pacientes 184
59 No se tome demasiado en serio las explicaciones 187
60 Métodos para acelerar la terapia 191
61 La terapia como un ensayo final para la vida 195
62 Utilice la queja inicial para dar impulso a la terapia 197
63 No tenga miedo de tocar a su paciente 200
64 Nunca se comporte de una manera sexual con los pacientes 205
65 Esté atento a los aniversarios y a los temas que marcan las etapas de la vida 209
66 Jamás ignore la "ansiedad relacionada con la terapia" 211
67 Doctor, quíteme la ansiedad 214
68 Sobre la condición de ser un verdugo del amor 215

69 Sobre la historia clínica del paciente 220
70 Un relato de las actividades diarias del paciente 222
71 ¿Qué otras personas habitan la vida del paciente? 224
72 Entreviste a aquellas personas más significativas 225
73 Explore las terapias anteriores 227
74 Juntos a la sombra del lado sombrío 229
75 Freud no siempre estaba errado 231
76 La CBT no es como la pintan sus elogios... *O no tenga miedo del cuco de la EVT* 236
77 Los sueños: Úselos, úselos, úselos 239
78 ¿Una interpretación total de un sueño? ¡Ni lo piense! 241
79 Utilice los sueños pragmáticamente 242
80 Domine algunas técnicas para la navegación de los sueños 250
81 Aprenda sobre la vida de los pacientes a partir de los sueños 253
82 Preste atención al primer sueño 259
83 Preste especial atención a los sueños sobre el terapeuta 262
84 Cuídese de los gajes del oficio 267
85 Cuide los privilegios de su profesión 272

Notas 277